

Działania opiekuńcze w profilaktyce i terapii

Działania opiekuńcze w profilaktyce i terapii

Redakcja

Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Grażyna Dębska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: Recenzja prof. dr hab. n. med. Olgierd Smoleński

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: Margerita Krasnowolska

ISBN 978-83-7571-227-8

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2014

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób
umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek
formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2014

Sprzedaż detaliczną, hurtową i wysyłkową
prowadzi Księgarnia „U Frycza”
Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
tel./faks: (12) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Jerzy Jaśkiewicz, Grażyna Dębska, Anna Goździalska, Wstęp	7
Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz <i>Działania środowiskowe i współpraca instytucji na rzecz osób chorujących psychicznie</i>	9
Dorota Lizak, Jagoda Drąg, Anna Goździalska, Renata Satora, Jerzy Jaśkiewicz <i>Depresja jako przykład destrukcyjnego wpływu obniżonego nastroju na sferę bio-psycho-społeczną człowieka.....</i>	19
Ilona Kuźmicz, Grażyna Dębska <i>Współpraca zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad chorym terminalnie.....</i>	27
Dorota Lizak, Anna Goździalska, Mariola Seń, Jerzy Jaśkiewicz, Renata Satora <i>Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – obowiązek czy wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia w XXI w.?.....</i>	35
Dorota Lizak, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Małgorzata Kochman <i>Zaopatrzenie w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi – ocena regulacji prawnych.....</i>	45
Helena Kuberova, Maria Sidorova <i>The role of nurses in palliative care and hospice</i>	57
Urszula Romanowska, Dorota Lizak <i>Samoocena przygotowania absolwentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego kierunku pielęgniarstwo, do wykonywania zawodu pielęgniarki – badania pilotażowe</i>	77
Mariana Magerčiaková <i>Možnosti sestry pri redukcii stresu u pacienta v Chirurgickej Ambulantnej Starostlivosti</i>	99
Karolina Borowiec, Jerzy Jaśkiewicz <i>Niezaplanowana ciąża jako istotny czynnik wpływający na życie przyszłej matki.....</i>	111

Justyna Zuziak, Renata Maliszewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz <i>Postawy kobiet wobec zapłodnienia in vitro</i>	125
Magdalena Wilk-Frańczuk, Małgorzata Starczyńska <i>Wpływ rehabilitacji na poprawę sprawności fizycznej u osób starszych</i>	137
Katarzyna Kowalska-Gajewska, Anna Molenda-Skowronek, Marta Kowalewska <i>Wpływ leczenia substytucyjnego preparatem tyroksyny ze szczególnym uwzględnieniem zmian skórnych u pacjentów z niedoczynnością tarczycy</i>	145
Zbigniew Lew-Starowicz, Robert Kowalczyk, Krzysztof Krzemieniecki, Joanna Streb, Ida Cedrych, Anna Białek, Wojciech Merk, Izabela Taborska, Katarzyna Bolek, Aleksandra Ostafin <i>Seksualność kobiet z rakiem piersi po radykalnym leczeniu chirurgicznym. Badanie ankietowe z Małopolski – doniesienie wstępne</i>	157

Wstęp

W życiu człowieka często występują stany zaburzeń fizykalnych oraz psychicznych. We wszystkich schorzeniach konieczne jest więc przeprowadzenie właściwego rozpoznania, a potem wdrożenie należytego leczenia. Szczególnie ważne jest zorganizowanie w środowisku przez pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej działań opiekuńczych i profilaktycznych.

Opieka jest potrzebna wszystkim, zarówno dzieciom, jak i dorosłym, a w sposób szczególny osobom starszym, w tym terminalnie chorym. Prezentowane w niniejszej monografii teksty uwzględniają właśnie tę wieloczynnikową aktywność opiekuńczą.

Autorami poszczególnych rozdziałów są pracownicy naukowcy zaangażowani w proces edukacyjny w zakresie nauk o zdrowiu, pracujący w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, ale także studenci PWSZ w Tarnowie. W różnorodnym zakresie przedstawili i omówili oni główne tezy monografii.

Redagujący mają nadzieję, że czytelnicy znajdą interesujące treści. Będziemy równocześnie wdzięczni za wszelkie słowa twórczej krytyki. Zapraszamy do lektury.

*prof. dr hab. med. Jerzy Jaśkiewicz
dr Grażyna Dębska
dr Anna Goździalska*

Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Działania środowiskowe i współpraca instytucji na rzecz osób chorujących psychicznie

Abstract: Mental and behavioral disorders are common diseases affecting more than 25% of the population. They are as universal as they relate to people from all countries and societies, people of all ages – both women and men, people of varying financial status, living in urban areas or rural areas. Changing the behavior of a suffering persons concern his/her family, then other members of local society, because no one really understand what had happen to her or him. This lack of awareness of the disease often leads to delay in seeking help, thus, these preventable diseases remain undiagnosed and untreated. This promotes social stigmatization associated with the disease, and the sick are the object of stigmatization and discrimination. The statistics show that even one in four families has in its midst a person suffering from a mental or behavioral disorders. Picked debunking stereotypes is difficult for people with mental illness for many of the medical, scientific, non-governmental organizations. In a society there is still a belief that these people are dangerous and should be isolated. Family – especially at the beginning of the disease is experiencing a very high stress. It is therefore important a social support, the aim of which is to bring the solution to the problem, to overcome the difficulties, the reorganization of disturbed relations with the environment and emotional support. Environmental measures aimed to help those people should be designed to increase their self-confidence and a sense of their abilities in dealing with other members of their societies; gradually increase their activity and development interests, education, copying skills with experience of mental illness, to provide opportunities to share their experiences and seek solutions and development of basic social skills. The more the rise of the greater society a chance to create a climate of understanding, acceptance, a sense of security and integration in local communities the better.

Key words: environmental institutions, mental illness

Nasze życie jest tym, co zeń uczynią nasze myśli.

Marek Aureliusz

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są powszechnymi chorobami, dotykającymi ponad 25% ludzi w pewnych okresach ich życia. Mają charakter uniwersalny, ponieważ dotyczą osób ze wszystkich krajów i społeczeństw, w każdym wieku – zarówno kobiet, jak i mężczyzn, o różnym statusie materialnym, mieszkających i na terenach zurbanizowanych, i wiejskich. Zmiana zachowania osoby chorej wywołuje zaniepokojenie i cierpienie otoczenia, gdyż nie rozumie ono, co się z nią dzieje.

Ten brak świadomości choroby prowadzi często do zwlekania z poszukiwaniem pomocy. W jego efekcie te uleczalne choroby pozostają nierozpoznane i nieleczone.

Sprzyja to napiętnowaniu społecznemu chorych, stają się oni obiektem stygmatyzacji, a nawet dyskryminacji. Ze statystyk wynika, że nawet jedna na cztery rodziny ma w swoim gronie przynajmniej jedną osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. W ostatnich latach podejmowany jest trud obalania stereotypów dotyczący osób chorujących psychicznie przez wiele środowisk medycznych, naukowych i organizacji pozarządowych [1, 2].

W społeczeństwie nadal panuje przekonanie, że osoby te są niebezpieczne i należy je izolować. Sposób udzielania pomocy osobom cierpiącym z powodu choroby psychicznej można uważać za miarę dojrzałości społeczności lokalnej i całego społeczeństwa. Wyrażają się w nim zarówno indywidualne, jak i grupowe oraz instytucjonalizowane postawy wobec nieuchronnej, choć czasem kłopotliwej, obecności takich osób w społeczeństwie.

Na skutek problemów natury psychicznej człowiek traci zdolność adaptacji do dotychczasowych warunków życia. W adaptacji psychicznej jako procesie pewnych przemian można wyodrębnić trzy sfery:

- adaptacja w sferze intelektualnej, polegająca na modyfikacji pojęć i wyobrażeń oraz sądów o samym sobie i otaczającym świecie – odbudowanie obrazu samego siebie z uwzględnieniem wszystkich jego komponentów, a w ślad za tym przyjęcie zmodyfikowanego systemu wartości, ocen, nastawień, postaw i oczekiwań. Do najważniejszych problemów w tym zakresie należą: akceptacja deficytów i ich konsekwencji, właściwa ocena własnych możliwości, przyjęcie realnych planów życiowych, ukształtowanie odpowiednich postaw wobec dalszego leczenia i wobec innych osób;

- adaptacja w sferze emocjonalnej, zmierzająca do przywrócenia normalnej struktury emocjonalnej, a więc adekwatnych reakcji emocjonalnych, wytworzenia tolerancji na sytuacje trudne, których w życiu osoby chorującej psychicznie jest o wiele więcej niż w życiu osoby pełnosprawnej, wykorzystanie emocji, jako motywów działania. Obejmuje ona także wypracowanie pozytywnego ogólnego stanu emocjonalnego (nastroju) pozbawionego przewlekłych stanów o zabarwieniu negatywnym, takich jak nuda, lęk, smutek, depresja, złość, agresja [4];

- adaptacja w sferze behawioralnej, czyli zmiana zachowania (stylu życia) i dostosowanie go do wymogów i ograniczeń wynikających z choroby psychicznej. Chodzi głównie o dostosowanie planów życiowych i podejmowanie zadań zgodnie z realnymi możliwościami. Ten rodzaj adaptacji obejmuje także eliminację mechanizmów obronnych stosowanych w sytuacjach trudnych (stresowych) w formie unikania, rezygnacji, zaprzeczenia, represji czy zachowań agresywnych, które to reakcje występują częściej u osób chorujących psychicznie [3, 5].

Z adaptacją psychiczną wiąże się również adaptacja społeczna, polegająca na ułożeniu poprawnych stosunków ze środowiskiem społecznym, w którym się żyje (członkowie rodziny, sąsiedzi) i pracuje (współpracownicy w zakładzie pracy).

Przedstawiając te trzy rodzaje adaptacji należy stwierdzić, że jest to bardzo złożony proces. Wszystkie te procesy należy traktować łącznie, gdyż wzajemnie się warunkują. Kluczową sprawą jest założenie, że człowiek chorujących psychicznie ma dostęp do tych samych dóbr, co człowiek zdrowy. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak i udziału oraz obecności w szeroko pojętym społeczeństwie [3, 4].

Najważniejsze założenia, postulaty i strategie psychiatrii środowiskowej to:

– dehospitalizacja i deinstytucjonalizacja, czyli rezygnacja z pobytu w szpitalu psychiatrycznym, ale także z domu pomocy społecznej, które nie służą choremu w powrocie do zdrowia. Zastępowanie zinstytucjonalizowanej opieki nad osobą chorującą psychicznie na rzecz intensywniej opieki w domu chorego lub innymi formami opieki, takimi jak: opieka rodzinna, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez ośrodki pomocy społecznej, mieszkania chronione, środowiskowe domy samopomocy. Przenoszenie chorych ze szpitali psychiatrycznych do domów pomocy społecznej jest sprzeczne z zasadą deinstytucjonalizacji.

– środowiskowy system opieki nad zdrowiem psychicznym: należą do nich środowiskowe domy samopomocy, których misją jest przywracanie osobom z zaburzeniami psychicznymi umiejętności radzenia sobie w sytuacjach życiowych na najwyższym z możliwych poziomie, stwarzanie możliwości do rozwoju ruchu samopomocowego oraz rozwój sieci oparcia społecznego, we współpracy z najbliższym i dalszym otoczeniem społecznym. Celem działalności takich domów jest wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny przez:

- stwarzanie warunków do nabycia umiejętności wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, doskonalenia umiejętności nabytych oraz realizacja zadań życiowych,
- podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- wsparcie psychologiczne i terapeutyczne – wsparcie w sytuacjach kryzysowych,
- opiekę pielęgnarską i rehabilitację fizyczną,
- integrację osób z zaburzeniami psychicznymi w społeczności lokalnej przez aktywizację zawodową i społeczną,
- stymulowanie osobistego rozwoju poprzez opracowanie indywidualnego planu pomocy,
- umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, indywidualnej, grupowej, grupach wsparcia, spotkaniach grupowych, wspieranie grup samopomocowych w zakresie zdrowia psychicznego,
- zaspokajanie w miarę możliwości tych potrzeb, które wpływają w dużym stopniu na rozwój psychiczny: bezpieczeństwo, działania higieniczne, odżywianie, ruch, odpoczynek, kontakt, godność osobista, kontakt emocjonalny, sens życia, potrzeby kulturalne,

- zapobieganie stanom powodującym konieczność ciągłej opieki ze strony instytucji przez globalną rehabilitację środowiskową,
- organizowanie spotkań i zajęć integracyjnych poza Środowiskowym Domem Samopomocy,
- współpraca z rodzinami osób korzystających z działalności domu, poradnictwo, informacja, wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych,
- uaktywnianie środowiska związane z propagowaniem i ochrona zdrowia psychicznego,
- współpraca ze środkami masowego przekazu w celu propagowania ochrony zdrowia psychicznego,
- współpraca z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami, fundacjami, kościołem, placówkami oświatowymi, kulturalnymi, samorządami lokalnymi – w celu integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem,
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji;
 - promocja zdrowia psychicznego – polegająca na edukacji na działaniach edukacyjnych, upowszechnianiu wiedzy o zdrowiu psychicznym i jego zaburzeniach, na kształtowaniu pozytywnych odniesień wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W promocji zdrowia ważne jest także działanie umożliwiające nabywanie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wzmacnianie naturalnych i instytucjonalnych źródeł oparcia społecznego (rodziny, więzi sąsiedzkich) stowarzyszeń i grup samopomocowych. Zadania te mogą być realizowane przez ośrodki pomocy społecznej, lecznictwa i oświaty. Także przez specjalne programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia w szkołach, placówkach opiekuńczych oraz w ramach działalności konsultacyjnej psychiatryczno-psychologicznej. Profilaktyka dotyczy zwłaszcza dzieci i młodzieży, wśród których do grup szczególnego ryzyka należą: dzieci z rodzin dysfunkcyjnych i dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej z różnych powodów (alkoholizm, przemoc, choroba psychiczna, zaburzenia osobowości, niepełnosprawność rodziców), dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i innymi dysfunkcjami, młodzież eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi. Do grup ryzyka należą również osoby dorosłe znajdujące się w trudnych sytuacjach życiowych, jak np. przemoc w rodzinie, utrata kogoś bliskiego, alkoholizm, ubóstwo, bezrobocie [4, 6];
 - społeczność terapeutyczna, czyli sposób organizacji placówek leczenia i instytucji współpracujących na rzecz pacjenta, aby w równym stopniu były zaangażowane w proces pomocy, która jej wymaga;
 - prawa pacjenta, które w psychiatrii środowiskowej wymagają szczególnej uwagi i ochrony w związku z dopuszczalnością przymusu bezpośredniego oraz

hospitalizacji i leczenia bez zgody pacjenta. W przypadkach, kiedy wymagane jest umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, jest to realizowane za zgodą sądu rodzinnego i opiekuńczego na zasadach ustalonych przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. [1, 6];

– aktywne wychodzenie do pacjenta w jego środowisku jest ważną strategią postępowania w stosunku do osób chorujących psychicznie, z zaburzeniami psychotycznymi, upośledzeniami umysłowymi podwójną diagnozą, a więc wszystkich osób, które po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego mają trudności w kontynuowaniu leczenia w poradni, często zaniedbują swoje potrzeby życiowe i izolują się. Osoby te są szczególnie narażone na wykluczenie społeczne, skrajne ubóstwo głód i nawet bezdomność. Istnieje potrzeba współdziałania służb w pomocy tym osobom, jak również ich rodzinom, które niejednokrotnie nie wiedzą, jak zachować się w stosunku do osoby chorującej psychicznie i nie rozpoznają lub zbyt późno reagują na symptomy choroby. Współdziałające służby takie, jak policja, straż miejska, miejskie ośrodki pomocy społecznej, lekarze, pielęgniarki środowiskowe, powinny włączać się w system wsparcia dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin. W razie zaniechania leczenia, często konieczne staje się wszczęcie postępowania o przymusowe leczenie psychiatryczne bez zgody pacjenta (art. 29 o ochronie zdrowia psychicznego);

– aktywny udział pacjenta w procesie terapii, którego podstawą jest zmiana relacji na linii lekarz–pacjent w relację partnerską. Pacjent jest świadomy swej sytuacji, podejmuje autonomiczne decyzje i przekazuje lekarzowi ważne informacje z osobistego doświadczenia choroby. Wtedy pacjent może świadomie, dobrowolnie i aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia. Wymaga to uzyskania przez pacjenta wglądu, motywacji oraz odpowiedniego zasobu wiedzy o chorobie i jej leczeniu, a od lekarza, obok wiedzy i doświadczenia, także umiejętności kontaktu z pacjentem, uszanowania jego autonomii i poważnego traktowania swych kompetencji. Pacjent aktywnie uczestnicząc w terapii, nabywa umiejętności radzenia sobie z chorobą. Zdarza się, że pacjenci od udziału w grupie edukacyjnej, terapeutycznej lub wsparcia przechodzą do grupy samopomocowej [2, 5].

– oddział dzienny – jest jedną z podstawowych form opieki psychiatrycznej, znajdujących się przy szpitalach psychiatrycznych lub w środowisku lokalnym. Pacjentami są osoby w trakcie pierwszej hospitalizacji lub po kolejnych nawrotach choroby, ale nie na tyle poważnych, aby istniała konieczność hospitalizacji stacjonarnej. Pacjent „panuje” nad swoimi objawami i wyraża chęć i zgodę na leczenie. Musi posiadać skierowanie od lekarza prowadzącego, pobyt jest poprzedzony wstępną rozmową z personelem. Rodzaj zajęć uzależniony jest od profilu oddziału. Są to zazwyczaj: psychoterapia indywidualna, grupowa oraz inne formy terapii społecznej, jak np. rozmowy z rówieśnikami, wspólne wyjścia, wycieczki i terapia zajęciowa. Celem psychoedukacji jest nauka o chorobie, praca nad wglądem we własne przeżycia i zaradnością w trudnych sytuacjach kryzysowych [4, 6].

Współpraca z rodziną pacjenta pełni bardzo ważną rolę w procesie leczenia. Rodzina obarczona jest negatywnymi skutkami stereotypów panujących w społeczeństwie, przeżywa traumę związaną z faktem zachorowania bliskiej osoby, dotknięta zostaje napiętnowaniem społecznym, dźwiga brzemień odpowiedzialności i opieki nad chorym. Bardzo ważne jest, aby w pierwszym okresie dotrzeć z informacją do rodziny na temat możliwości pomocy i interwencji kryzysowej. Następnie potrzebna jest psychoedukacja i systematyczne udzielanie wsparcia (grupa wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie). Ważne jest, aby rodzina mogła aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia i rehabilitacji chorego i stanowić dla niego wsparcie. Rodziny, które uczestniczą w grupach wsparcia stanowią w pierwszej kolejności źródło społecznego oparcia.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. z późn. zmianami – uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka – reguluje sprawy z zakresu szeroko pojętych zagadnień zdrowia psychicznego obywateli. Zapisy ustawy dotyczą zarówno zagadnień profilaktyki, różnorodnych form pomocy, jak i ochrony praw i wolności osób z zaburzeniami psychicznymi. Art. 8 ust. 1 tejże ustawy wskazuje, że:

„Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej organami do spraw pomocy społecznej, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- 3) udzielenie pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej”.

Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z późn. zmianami, wskazuje na zadania pomocy społecznej. Art. 15 ustawy mówi że: „pomoc społeczna polega w szczególności na:

- 1) przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń,
- 2) pracy socjalnej,
- 3) prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- 4) analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- 5) realizacji zadań wynikających z rozeznanych potrzeb społecznych;

6) „rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb”.

Wzmacnianie i budowanie sieci społecznego oparcia to system relacji szeregu osób, z którymi ludzie się kontaktują i są w bliskich relacjach. W razie potrzeby otrzymują od nich wsparcie różnego rodzaju: informacje, porady, akceptację, a także wsparcie emocjonalne. Do takich osób może również należeć asystent osoby niepełnosprawnej (AON), który wspomaga proces usamodzielniania się pacjenta. Udzielając pomocy asystent nie wykonuje czynności za osobę niepełnosprawną, a jedynie inspiruje, wspiera i motywuje ją do samodzielnego działania. Podczas usługi asystenta pacjent mobilizowany jest do większej aktywności życiowej, społecznej i zawodowej.

Asystent osoby niepełnosprawnej wspiera osobę niepełnosprawną:

- w załatwieniu spraw urzędowych (np. w dotarciu do odpowiedniego urzędu, przygotowaniu dokumentów),
- w dotarciu do placówek służby zdrowia, na rehabilitację, terapię itp.,
- w podwyższaniu kompetencji społecznych i zawodowych, w dalszym kształceniu, m.in. na kursach zawodowych,
- w poszukiwaniu pracy (np. asystuje w poszukiwaniu informacji o wolnych stanowiskach pracy, kompletowaniu dokumentów, przygotowaniu do rozmowy z potencjalnym pracodawcą),
- w podtrzymywaniu procesu nawiązywania i utrzymywania kontaktu przez osobę niepełnosprawną z potencjalnymi pracodawcami, z instytucjami i organizacjami społecznymi, najbliższym sąsiedztwem,
- w organizacji czasu wolnego – realizacji zainteresowań, w uczestniczeniu w życiu kulturalnym, w codziennych obowiązkach.

Z kolei Centra Integracji Społecznej są jednostkami, które mają na celu pomoc w odbudowaniu i podtrzymaniu u osoby biorącej udział w zajęciach umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych. Centrum realizuje reintegrację zawodową i społeczną przez następujące zadania: kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu, przekazywanie umiejętności zawodowych przez przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych, naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą, uczenie racjonalnego gospodarowania własnymi środkami pieniężnymi. Osoba przyjmowana jest do centrum po podpisaniu indywidualnego planu zatrudnienia socjalnego. Udział w centrum ma zatem charakter umowy, którą jest program zatrudnienia socjalnego, opracowany dla każdego uczestnika indywidualnie. Realizacja programu jest warunkiem korzystania przez uczestnika centrum ze świadczeń z ubezpiecze-

nia zdrowotnego. Realizacja programu zaczyna się od okresu próbnego, który trwa miesiąc. W tym czasie uczestnik otrzymuje świadczenie integracyjne. Czas dziennego pobytu uczestnika nie może być krótszy niż sześć godzin.

Mieszkanie chronione – to zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym, a w przypadku mieszkań chronionych o zasięgu ponadgminnym – zadanie własne powiatu. Udzielenie pomocy w formie mieszkania chronionego przysługuje osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę, potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki. Pomoc tego typu przysługuje w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Pobyt w mieszkaniu chronionym jest formą pomocy mającą charakter odpłatny. Oplatę za pobyt w mieszkaniach chronionych ustala podmiot kierujący (tj. odpowiednio do charakteru jednostki – gmina lub powiat), w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług.

Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi są szczególnym rodzajem usług. Pomoc udzielana jest tu wyróżnionej grupie osób. Zasady jej przyznawania i odpłatności określa rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej, a nie, tak jak w przypadku pozostałych usług opiekuńczych, regulacje gminne. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa, że ośrodki pomocy społecznej, w porozumieniu z poradniami zdrowia psychicznego czy innymi specjalistycznymi placówkami terapeutycznymi, organizują oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w relacjach z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Przy określeniu, komu przysługuje pomoc w formie usług specjalistycznych, zastosowanie ma ogólna zasada dotycząca usług, zapisana w ustawie o pomocy społecznej. Wskazuje ona, że pomoc w formie usług specjalistycznych może być przyznana osobom, które wymagają pomocy innych, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia, takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ale także usługi specjalistyczne dla pozosta-

łych grup) są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: m.in. psychologa, pedagoga, logopedy, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, asystenta osoby niepełnosprawnej lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć te usługi. Dodatkowo specjaliści świadczący usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż: m.in. w szpitalu psychiatrycznym, w środowiskowym domu samopomocy, domu pomocy społecznej dla osób z upośledzeniem umysłowym, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym. Usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogą także świadczyć osoby, które nabyły doświadczenie pracując już w ramach tego rodzaju usług.

Bibliografia

1. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, red. M. Załuska, K. Prot, P. Bronowski, Warszawa 2007.
2. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, *W trosce o zdrowie psychiczne. Ogólnopolski informator dla rodzin i opiekunów osób chorujących psychicznie*, Kraków 2004.
3. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535.
4. Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593.
5. Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.
6. Bronowski P., Załuska M., *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekłe chorych psychicznie*, Warszawa 2005.

Dorota Lizak¹, Jagoda Drag², Anna Goździalska², Renata Satora²,
Jerzy Jaśkiewicz²

¹ Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Depresja jako przykład destrukcyjnego wpływu obniżonego nastroju na sferę bio-psycho-społeczną człowieka

Abstract: Loneliness, reduced self-esteem and overall weakness associated with depression, can cause self-destruction. Human destruction may occur as a result of various factors. One of such factors may be dysthymia, the long-term depressed mood, which may finally leading to endogenous depression. Man functioning holistically, i.e. at the level of biological (well-being), psychological (emotional), social (interpersonal relationships,) and spiritual (beliefs, religious practices) is at influencing a variety of factors and endogenous and exogenous incentives, which could result in internal experiences, properly direct the subsequent behavior and actions. Loneliness, reduced self-esteem and overall weakness associated with depression, can cause self-destruction. Skillful observation, a willingness to engage in dialogue, to offer support and assistance to the people from the nearest environment are the actions, which in this case may even save the life of a person suffering from depression. For depression may become ill each, regardless of social status, profession or origin. This condition requires outside help, often specialized medical care, and above all the support coming. In a state of depression the reality is sometimes very difficult, and the problems of everyday life, they seem to be impossible to resolve. This situation raises certain emotions, usually negative. If the condition persists for a certain period of time and does not change under the influence of positive incentives may mean that slowly and insidiously begins to develop a depression.

Key words: emotion, human, depression, spheres of life

Wprowadzenie

Przyspieszone w ostatnim czasie zmiany cywilizacyjne zainicjowały proces kształtowania się specyficznej osobowości współczesnego człowieka – istoty, niezależnej, która w procesie życia podlega progresowi permanentnego rozwoju i kształcenia. Takie założenie, choć słuszne i mające charakter ewolucyjny, może jednak implikować wiele wyrzeczeń i stanowić przyczynę ambiwalencji uczuć i zachowań. Sfera psyche powinna być traktowana holistycznie, tj. na równi ze sferą somatyczną, społeczną i duchową, gdyż tylko wtedy człowiek jest w stanie osiągnąć dobrostan. Stan ludzkich emocji określanych jako nastrój, stanowi podstawę funkcjonowania zarówno na płaszczyźnie biologicznej, jak i psychospołecznej. Istotne jest przy tym

wsparcie osób bliskich, zaufanych i ważnych dla danej osoby, które swoją obecnością, chęcią dialogu czy nawet aktywnego słuchania, pomogą rozwiązać problem i ujrzeć go z nieco innej perspektywy, a zarazem wzmocnią poczucie wartości „osobowości dysforycznej”.

Współcześnie pojawia się coraz więcej problemów i dolegliwości natury psychicznej, które są spowodowane tempem życia, rywalizacją, chęcią awansu zawodowego czy realizacji własnych ambicji. Dane europejskie [3] wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, co pociąga za sobą narastające koszty społeczne i gospodarcze. Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 [11], najczęściej występujące problemy zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe i depresje. Przewiduje się, że do 2020 r. depresja będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne (wynikające ze stresu, braku odpowiednich wzorców kulturowych i wychowawczych, narastającej przemocy, dostępności alkoholu i narkotyków).

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie wpływu obniżonego nastroju, będącego wynikiem depresji, na funkcjonowanie bio-psycho-społeczne człowieka.

Depresja jako problem

Człowiekowi w ciągu życia towarzyszą różne emocje związane z określonymi przeżyciami, wydarzeniami czy sytuacją życiową. Emocja definiowana jest jako pobudzenie psychiczne, uczuciowe i nerwowe, które człowiek przeżywa pod wpływem czegoś [10]. Bycie istotą społeczną w odniesieniu do jednostki, implikuje przeżywanie określonych stanów emocjonalnych, na skutek interakcji z innymi ludźmi. W psychologii znane są określone typy osobowości, które ujawniają pewne cechy czy predyspozycje, ułatwiające bądź utrudniające wchodzenie w interakcje z otoczeniem czy wypełnianie ról społecznych. Nie ulega wątpliwości, że każdy człowiek jest indywidualnością i wymaga indywidualnego podejścia. Pomimo istnienia pewnych „książkowych wzorców”, nie zawsze można komuś przyporządkować grupę cech, określić czy zinterpretować pewne zachowania w odniesieniu do ogólnie przyjętych norm i przekonań. Na precyzyjne zdiagnozowanie problemu ma wpływ wiele czynników, jak na przykład określona sytuacja życiowa, która nie zawsze da się opisać za pomocą schematu czy standardu. Człowiek jest istotą w znacznym stopniu poznana, ale wciąż nieodkryta, w związku z tym wymaga ciągłej eksploracji i internalizacji.

Rozróżnia się szereg pozytywnych emocji, które mają dodatni wpływ na człowieka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie, ale istnieją również stany emocjonalne prowadzące do jego degradacji w różnych sferach jego życia. Zdarza się również, że na jakiś czas całkowicie eliminują go z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Philippot i Feldman określają procesy emocjonalne jako procesy psychiczne, które poznaniu i czynnościom podmiotu nadają jakość oraz określają znaczenie, jakie mają dla niego będące źródłem emocji przedmioty, zjawiska, inni ludzie, a także własna osoba, czyli wartościują stymulację [14]. Dzięki rozwojowi nauki człowiek zdobył prawie pełną władzę nad światem nieożywionym i częściowo nad ożywionym, ale władza nad drugim człowiekiem wciąż jeszcze wymyka mu się z rąk. Wprawdzie od początku historii ludzkości właśnie o nią najsilniej i najuporczywiej walczy: chęć podporządkowania sobie drugiego człowieka wyzwala w nim nieobliczalną bezwzględność i okrucieństwo może właśnie dlatego, że na tym polu czuje się bezsilny [7].

Mając na uwadze życie społeczne, należy uwzględnić relacje intra- i interpersonalne. Człowiek jako „podmiot składowy” społeczności, w której żyje, a następnie będący częścią społeczeństwa, podlega szeregowi wpływów, na skutek których jego sposób postrzegania świata i wchodzenie w określone relacje i role społeczne jest w pewnym stopniu dyktowany powszechnie przyjętymi normami czy oczekiwaniami innych. Dopóki udaje się realizować swoje zamierzenia przy wsparciu osób bliskich, wywiązywać z ról, związanych z życiem i dodatkowo czerpać satysfakcję z kolejno osiągniętych celów, komponentem towarzyszącym temu będą pozytywne emocje. Motywacja i szereg wzmocnień pozytywnych czerpanych ze swoich małych sukcesów, ambicji czy przy wsparciu najbliższych osób, będą motorem napędowym dalszego działania. Jednym z przejawów zdrowia psychicznego jest umiejętność wytyczania celów i dążenia do nich, pokonywanie przeciwności losu, które pojawiają się na drodze. Poprawne relacje z otoczeniem, umiejętność wchodzenia w interakcje to zdolności, które nabywa człowiek w procesie socjalizacji. Dokonywanie świadomych wyborów, umiejętność odnalezienia się w otaczającej rzeczywistości czy efektywne przeżywanie życia to cechy, które powinien przejawiać człowiek zdrowy.

Wiele osób przeżywa smutek i okresowe obniżenie nastroju spowodowane codziennymi niepowodzeniami, kryzysami lub problemami. W języku potocznym takie stany czasem nazywane są depresją. Jednak nie należy tego mylić z chorobą. Łagodne stany obniżonego nastroju są normalną częścią ludzkiego życia i zwykle szybko przemijają. Depresja jest chorobą, w której objawy smutku, przygnębienia i rezygnacji występują bez wyraźnej przyczyny i utrzymują się przez wiele tygodni. Może też być reakcją na trudne doświadczenia życiowe i związany z nimi uraz psychiczny [13]. Słowo „depresja” jest pojęciem niejednoznacznym. W języku potocznym oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego „jest

mi smutno”[15]. Długotrwale, stale utrzymującemu się przygnębieniu towarzyszy obniżenie zdolności przeżywania przyjemności, negatywny wzorec myślenia (pesymizm), obniżenie aktywności życiowej, zaburzenie życia popędowego i czynności wegetatywnych. Występowanie tych różnych (oraz jeszcze innych) objawów w odpowiednim nasileniu i przez odpowiednio długi czas, pozwala na rozpoznanie zespołu (zaburzenia) depresyjnego [9]. Obniżony nastrój może być wywołany różnymi czynnikami: niepowodzenie w pracy, zawód miłosny, utrata bliskiej osoby, pogorszenie stanu zdrowia czy długotrwała frustracja. Tego typu doświadczenia wywołują zmianę warunków wewnętrznych, powodujących spadek bądź utratę zdolności radzenia sobie z problemami, co w efekcie przejawia się ogólną apatią i obojętnością. Z doświadczeń Dressler wynika, że najczęstszą przyczyną depresji są nieprawidłowe relacje interpersonalne i będąca ich skutkiem bezradność. Stan ten pojawia się również wówczas, gdy aspiracje pozostają niezrealizowane, a każde niepowodzenie wywołuje pewnego rodzaju cierpienie [2].

Istnieje cały wachlarz emocji, który człowiek ma do dyspozycji dla odzwierciedlenia swoich przeżyć. Obniżony nastrój, dysforia to stany, które na pozór można racjonalnie wytłumaczyć lub stosuje się mechanizm wyparcia, odsuwający na dalszy plan myślenie o tym, że dzieje się coś niepokojącego. Zwykle traktuje się chwilową niedyspozycję jako „gorszy dzień”, który czasami trwa tygodniami bądź miesiącami, nie zdając sobie sprawy, że jest to już stan przewlekły i poważny. Jak podaje Heitzman, powołując się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zaburzenia depresyjne stanowią czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie. Depresja jest najczęstszym zaburzeniem, z jakim spotyka się lekarz rodzinny. Występuje u ok. 1/5 pacjentów zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu. Część z tych osób (8–10%) ma objawy o łagodnym nasileniu, w tym objawy depresji maskowanej [5, 11].

Z powodu swej apatii i obniżonej motywacji osoby w depresji często wycofują się z aktywności społecznej i ograniczają swoje typowe zachowania. Doświadczając ciężkiej depresji, chory może przez długie okresy pozostawać w łóżku. Niejednokrotnie unika interakcji społecznych, głównie z powodu utraty motywacji i zainteresowania światem, ale także dlatego, że ludzie w takim stanie dostrzegają, nie bez racji, że przebywanie z nimi może być przykre dla innych [4]. W praktyce nie powinno się wymagać od pacjenta, żeby „wziął się w garść”, bo depresja właśnie polega na niemożności „wzięcia się w garść”. Należy także unikać krytykowania lub obwiniania osoby chorej za jej depresyjne zachowanie, bo już sam chory jest dla siebie aż nadto surowym krytykiem [6].

Według obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, będącej od 1996 r. w Polsce klasyfikacją urzędową, objawy depresji dzieli się na podstawowe i dodatkowe. W oparciu o klasyfikację ICD-10, wyróżnia się następujące objawy depresji [1, 8, 9]: Podstawowe:

1. nastrój obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie niepodlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych i utrzymujący się co najmniej przez 2 tygodnie;
2. utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność;
3. zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.

Dodatkowe:

1. utrata wiary w siebie i poczucia własnej wartości;
2. nieracjonalne poczucie winy;
3. nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie;
4. skargi na problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
5. zmiana w zakresie aktywności psychoruchowej w postaci pobudzenia lub zahamowania;
6. zaburzenia snu;
7. zmiany łaknienia wraz z odpowiednią zmianą masy ciała.

Do rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie minimum dwóch objawów podstawowych oraz dwóch dodatkowych, które powinny się utrzymywać przez okres co najmniej dwóch tygodni.

Istotne znaczenie ma odpowiednio wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w celu wczesnego podjęcia działań interwencyjnych z wdrożeniem leczenia i/lub psychoterapii łącznie. Nie należy być obojętnym na problem drugiej osoby i przynajmniej zaproponować pomoc, mając nadzieję, że zostanie ona przyjęta. Problem depresji i jej postrzegania przez otoczenie, bardzo trafnie i obrazowo opisują słowa Wurtzel: „Pragnienie zanegowania depresji własnej i cudzej jest w naszym społeczeństwie tak silne, że wielu ludzi uzna, że dana osoba ma problem, dopiero w chwili, gdy frunie z okna dziesiątego piętra” [16].

Rozpatrując depresję z punktu widzenia jej biologicznych następstw, podstawowe objawy depresji w płaszczyźnie fizycznej to: zaburzenia rytmu snu (bezsenność lub spanie zbyt długo), zmiany apetytu prowadzące do utraty masy ciała lub do tycia, zmiany psychoruchowe oraz poczucie zmęczenia, ociężałości lub braku energii. Depresja jest zaburzeniem, którego następstwa mogą być tak negatywne, że prowadzą do stanu przedłużającego chorobę lub zwiększającego prawdopodobieństwo jej powrotu. Może także pociągać za sobą śmiertelne konsekwencje nie tylko w postaci samobójstwa, ale również zwiększonej śmiertelności z powodu schorzeń medycznych oraz wypadków. Depresja utrudnia rozpoczęcie leczenia lub stosowanie się do zaleceń lekarskich, może osłabiać funkcjonowanie systemu odpornościowego organizmu, co potwierdzają badania w dziedzinie psychoneuroimmunologii [4].

Emocje w znacznym stopniu decydują o dobrostanie fizycznym i psychicznym. Wpływ obniżonego nastroju może powodować poważne konsekwencje dla zdrowia

człowieka niemal w każdym jego aspekcie. Holistyczna koncepcja zdrowia zakłada ścisły związek poszczególnych jego płaszczyzn i wpływ na ogólne funkcjonowanie, zatem nie sposób prawidłowo funkcjonować na płaszczyźnie somatycznej, gdy problem pojawia się w sferze psychicznej i odwrotnie. Depresja rozwijając się podstępnie, już od początku sieje spustoszenie w organizmie.

Depresja ściśle wiąże się ze sferą emocjonalną, toteż jej wpływ na funkcjonowanie w aspekcie psychicznym ujawnia się w największym stopniu (spośród innych jest dominujący). Niezadowolenie z życia, nieadekwatne reakcje emocjonalne, płaczliwość czy utrata sensu życia, to tylko niektóre z przeżywanych emocji. Płec również warunkuje określony sposób przeżywania emocji. Kobiety niejednokrotnie posługują się szczególnymi sposobami radzenia sobie z depresją, które jednak intensyfikują dysfориę [4]. Doświadczając emocjonalnego cierpienia, kobiety przejawiają styl reakcji, który charakteryzuje się rozpamiętywaniem, koncentracją na sobie i nadmiernym analizowaniem problemów i własnych uczuć. Rozpamiętywanie często nasila negatywne myślenie i koncentrację na samym sobie i utrudnia aktywne rozwiązywanie problemów, a w ten sposób pogłębia i przedłuża objawy depresji. W przypadku mężczyzn natomiast walka z depresją polega na dystansowaniu się od problemów lub ich rozwiązywaniu [12].

Uwzględniając wpływ depresji na funkcjonowanie człowieka i jego relacje interpersonalne w społeczeństwie, należy zaznaczyć, że również na tej płaszczyźnie nie jest ona bez znaczenia. Zarówno w rodzinie, miejscu pracy, jak i grupie rówieśniczej można zaobserwować negatywne skutki depresji. Izolacja społeczna, samotność, podejrzliwość oraz obniżenie aktywności zawodowej to zachowania, jakie może ujawniać bądź ujawnia osoba w stanie depresji. Ludzie cierpiący na depresję mogą przejawiać pewne nieprzystosowawcze zachowania i cechy osobowości, które wpływają na interpersonalne związki tych ludzi, nawet kiedy nie przechodzą epizodu choroby. Są to na przykład: zależność, introwersja i być może dysfunkcjonalne umiejętności społeczne i procesy poznawcze [4]. Niepewność w stosunkach między ludźmi powoduje, że człowiek staje się podejrzliwy; zawsze przeczuwa, że coś złego ze strony drugiego człowieka może go spotkać, ma się na baczności, gdyż nigdy nie wie, co pod maską drugiej osoby się kryje i jakie jest jej prawdziwe oblicze [7].

Podsumowanie

Człowiek chory na depresję jest w niepełnej dyspozycji do wykonywania określonych zadań w określonym czasie i, oby, krótkotrwałej niedyspozycji. W naukach medycznych podkreśla się znaczenie empatii i wsparcia w odniesieniu do drugiego człowieka, co nadal wymaga rozpowszechniania. Trudno jednak nazwać empatią i wsparciem marginalizowanie osoby dotkniętej depresją czy powierzchowne

jej traktowanie tylko dlatego, że w jej życiu zaistniała sytuacja bądź traumatyczne wydarzenie, które spowodowało, iż zachowuje się inaczej niż dotychczas. Taka jednostka niejednokrotnie jest izolowana, jej problemy są niezauważane lub bagatelizowane przez otoczenie. Faktem jest, że trudno czasem o obiektywną ocenę sytuacji i znalezienie się w czymś położeniu, jednak uwrażliwienie na problemy innych i zaoferowanie pomocy może przynieść podwójną korzyść: osobę pomagającą uszlachetnia, zaś osobie wymagającej pomocy, daje wsparcie a czasem nawet ratuje życie. Komunikowanie się jest jednym z podstawowych sposobów przekazywania informacji, ich nadawania i odbioru. Osoby, które przeżywają określone emocje, wysyłają pewne sygnały, które można rozpoznać dzięki umiejętnej obserwacji. Nie wystarczy jednak obserwować i stworzyć sobie pewnego rodzaju obraz drugiej osoby. Należy sięgnąć „do jej wnętrza”, jeśli obraz budzi niepokój. Aktywne słuchanie bywa umiejętnością, która przy stosunkowo niewielkim wysiłku, potrafi przynieść ogromne korzyści człowiekowi cierpiącemu. Potrzeba dialogu, zrozumienia, obecności drugiego człowieka w sytuacji kryzysowej, są przejawem zdroworozsądkowego podejścia osoby dotkniętej problemem. Nie alienacja, nie introwersja, ale próba interakcji z bliskimi, otwarte mówienie o swoich emocjach, umożliwia przerehabilitację naszego punktu widzenia przez aktywnego słuchacza, co z kolei daje szansę spojrzenia na swój problem z zupełnie innej perspektywy.

Człowiek patrzący na świat z humorem i dystansem zdaje sobie sprawę z przemijalności wszystkiego, co go otacza: w jego hierarchii wartości na pierwszym miejscu znajduje się podstawowa cecha życiowa, mianowicie zmienność, wszystko musi umrzeć, by na nowo się odrodzić, odczuwa więc ten zmienny rytm, charakterystyczny dla wszystkiego, co żyje [7]. Słuszne i w pełni uzasadnione wydaje się więc przyjęcie postawy zaproponowanej przez Dressler, traktującej o tym, że „Każdy człowiek jest wyjątkowy i nikt nie bardziej, ani mniej, niż ja” [2]. Postrzeganie siebie na tle ogółu jest niezwykle istotne dla poczucia własnej wartości, umiejętności dostosowania się do otaczających warunków i wymagań otoczenia, czyli, innymi słowy, bycia elastycznym. Umiejętność życia we własnym świecie to jedno, ale życie w świecie pełnym bliźnich i fakt, że nie jest się samotną wyspą i wokół są inni ludzie, jednakowo ważni, narzuca pewien sposób myślenia i postępowania. Proces socjalizacji, któremu człowiek podlega od najmłodszych lat, trwa przez całe życie i choćby ze względu na fakt, iż jest się człowiekiem, należy *a priori* starać się zrozumieć tego rodzaju powiązania.

Wnioski

1. Człowiek w stanie depresji staje się dysfunkcyjny niemal w każdej ze sfer życia.
2. Depresja jest jednym z problemów zdrowotnych, którego prognozy i skutki są perspektywicznie niekorzystne.

3. Umiejętność obserwacji i chęć komunikowania się z drugim człowiekiem może przyczynić się do złagodzenia bądź wyeliminowania problemu.
4. Depresja jest chorobą, a nie stanem przejściowym, dlatego nieleczona może prowadzić do samobójstwa.

Bibliografia

1. Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria repetytorium*, PZWL, Warszawa 2008.
2. Dressler J., *Depressionen, Die Möglichkeiten der psychologischen Therapie durch die gezielte Beeinflussung der Steuermechanismen des Bewusstseins*, 2004, http://www.dressler-consciousness.de/fileadmin/user_upload/Depressionen_mit_Verlinkung.pdf [dostęp 15.04.2013].
3. Green Paper, *Improving the Mental Health of The Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union* Brussels, 14.10.2005, European Commission.
4. Hammen C., *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2004.
5. Heitzman J., *Psychiatria podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2007.
6. Heitzman J., Wojnar N., *Zaburzenia i choroby afektywne*, [w:] *Psychiatria*, red. J. Heitzman, PZWL, Warszawa 2007.
7. Kępiński A., *Poznaj siebie. Samotność, lęk, depresja*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.
8. Kucia K., *Zaburzenia nastroju*, [w:] *Psychiatria podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, red. I. Krupka-Matuszczyk, M. Matuszczyk, Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice 2007.
9. Landowski J., *Zespoły depresyjne*, [w:] *Psychiatria repetytorium*, red. A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, PZWL, Warszawa 2008.
10. Markowski A., Pawelec R., *Słownik wyrazów obcych i trudnych*, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 2004.
11. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 r.
12. Nolen-Hoeksema S., *Responses to Depression and Their Effects on The Duration of Depressive Episodes*, *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, No. 100, s. 569–582.
13. Ostaszewski K., *Chorzy psychicznie w społeczeństwie*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, PWN, Warszawa 2008.
14. Philippot P., Feldman R.S., *The Regulation of Emotion*, Routledge, Lawrence Erlbaum 2004.
15. Wilczek-Rużyczka E., *Profilaktyka depresji*, [w:] *Promocja zdrowia*, t. 2: *Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, PZWL, Warszawa 2010.
16. Wurtzel E., *Kraina prozaca*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1997.

Ilona Kuźmicz¹, Grażyna Dębska²

¹ TPCh „Hospicjum im. św. Łazarza”, Kraków

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Współpraca zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad chorym terminalnie

Abstract: The multifaceted nature of the suffering of terminally ill patients makes that they need various services. This in turn causes the palliative care should be provided by qualified multidisciplinary team whose aim is to strive to achieve the best possible quality of life for patients and their families. This paper presents basic concepts the functioning of the interdisciplinary team and the cooperation of various team members on the examples of the history of patients who have stayed at the hospice.

Key words: therapeutic team, palliative care, terminally ill patient

Wprowadzenie

Stan terminalny choroby należy rozumieć jako postępujący proces chorobowy, który nie poddaje się leczeniu przyczynowemu i nieuchronnie prowadzi do śmierci. Charakteryzuje się występowaniem nie tylko różnych dolegliwości somatycznych, ale również cierpieniem psychicznym, duchowym i społecznym [8]. W obrębie tego stanu można wyróżnić trzy okresy. Pierwszy z nich, preterminalny, rozpoczyna się z chwilą ustania możliwości leczenia przyczynowego choroby, a chory znajduje się jeszcze w dość dobrym stanie ogólnym. Następny etap choroby to właściwy okres terminalny, w którym obserwuje się wyraźne i nieodwracalne pogorszenie stanu zdrowia, a w konsekwencji nasilenie dolegliwości fizycznych. Trwa zazwyczaj 4–6 tygodni. Ostatnia faza choroby to okres umierania, obejmujący kilka ostatnich dni lub godzin życia [3].

Opieką najbardziej adekwatną do potrzeb i problemów osób w terminalnej fazie choroby jest niewątpliwie opieka paliatywna. Określenie „paliatywna” pochodzi od łacińskiego słowa *palliatus*, które oznacza – ‘okryty płaszczem’ oraz od angielskiego *palliate* ‘złagodzić’, ‘uśmierzyć’. W odniesieniu do opieki hospicyjnej tłumaczenia te należy rozumieć jako łagodzenie uciążliwych oznak choroby [4].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka paliatywna to aktywna, całościowa opieka świadczona tym pacjentom, u których choroba nie reaguje na leczenie przywracające zdrowie. W procesie sprawowania opieki najważniejsza jest kontrola bólu i innych towarzyszących objawów oraz problemów psychicznych, socjalnych i duchowych. Głównym celem opieki jest osiągnięcie

możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin [10]. Uznanie tej zasady za priorytetową oznacza dążenie do zaspokojenia w sposób zindywidualizowany wieloaspektowych potrzeb chorego, z uwzględnieniem rezygnacji z tej części opieki, która jest dla chorego zbyt uciążliwa. Ważną rolę w uzyskaniu dobrej jakości życia chorych odgrywa także troska o właściwą kontrolę objawów somatycznych oraz postępowanie zgodne z opracowanymi wytycznymi (np. dotyczącymi leczenia bólu). Nie bez znaczenia pozostają również starania o subiektywnie odczuwany komfort przez odpowiednie oddziaływania psychologiczne i przesunięcie akcentu z niepewnej przyszłości na teraźniejszość. Należy podkreślić, że przeniesienie uwagi chorego na sprawy bieżące, dobre przeżywanie obecnej chwili stanowi bezwzględny warunek uzyskania dobrej jakości życia. Ważną częścią poprawy jakości życia chorych są również różnorakie działania ukierunkowane na psychiczną i ruchową aktywizację chorych. Do takich działań można zaliczyć np. organizację czasu wolnego przez dostarczenie książek, czasopism, stosowanie technik relaksacyjnych, umożliwienie udziału życiu społecznym (np. udział w różnych uroczystościach, spotkania z przyjaciółmi) [4]. Niektórzy autorzy podkreślają, że w opiece paliatywnej ważne jest również dążenie do tego, aby pacjent mógł żyć do granic swoich możliwości i mógł twórczo wykorzystać dany mu czas [1].

Zasady opieki paliatywnej

Świadczenie usług z zakresu opieki paliatywnej wymaga od pracowników znajomości i akceptacji kilku istotnych zasad. Po pierwsze niezbędna jest akceptacja nieuchronności cierpienia. Dotyczy to między innymi pogodzenia się z faktem, że cierpienie nie zawsze można całkowicie wyeliminować, a możliwości „przywracania” życia są ograniczone. Z jednej strony konieczna staje się wiedza o własnych ograniczeniach w złagodzeniu dolegliwości chorego, a z drugiej strony świadomość, że cierpienie może odegrać pozytywną rolę w życiu człowieka. Choć może to wydawać się trudne do zaakceptowania, to w praktyce konsekwentne przyjęcie tej zasady sprzyja efektywności opieki. Akceptacja nieuchronności i właściwej pory śmierci to kolejne ważne punkty filozofii postępowania w opiece paliatywnej. W praktyce oznacza to powstrzymywanie się od działań nadzwyczajnych mogących przedłużyć agonię oraz działań mających na celu przyspieszenie śmierci [4]. Po trzecie konieczne jest uznanie prawa osoby umierającej do intymności, zapewnienie godnych warunków umierania oraz bezwarunkowa akceptacja drugiej osoby z wszelkimi przynależnymi jej prawami (w tym prawo do życia i spokojnej śmierci). Kolejna zasada odnosi się do poszanowania autonomii pacjenta przez współudział pacjenta w zakresie podejmowania decyzji i działania oraz akceptację decyzji pacjenta, nawet jeśli decyzje

te nie są zgodne z oczekiwaniami zespołu terapeutycznego. Dotyczy to między innymi sytuacji, w których na przykład chory nie wyraża zgody na założenie sondy żołądkowej w celu podawania pokarmów, odmawia przyjmowania leków. Następną zasadą opieki paliatywnej stanowi o potrzebie realizowania opieki przez wykwalifikowany zespół interdyscyplinarny, czyli grupę specjalistów reprezentujących różne zawody, zobowiązanych do współpracy w celu rozpoznania sytuacji chorego i jego rodziny, określenia zakresu i rodzaju potrzebnej pomocy oraz zapewnienia kompleksowej opieki [4].

Zespół interdyscyplinarny – definicja

W opiece zdrowotnej funkcjonują dwa rodzaje zespołów. Są to zespoły jedno- i interdyscyplinarne. Pierwsze skupiają pracowników jednej dyscypliny, np. zespoły pielęgniarские, które zmierzają do zapewnienia ciągłości opieki i podnoszenia poziomu świadczonej przez siebie usług. Drugie złożone są z profesjonalistów różnych zawodów, którzy w danej instytucji zapewniają pacjentom całościową opiekę [6].

Nie ma jednoznacznej definicji zespołu interdyscyplinarnego, a w literaturze przedmiotu istnieje wiele różnych poglądów na ten temat. Niemniej zespół interdyscyplinarny można definiować jako grupę pojedynczych osób pracujących razem, które mają na celu stworzenie określonego produktu lub wykonanie usług, za które są odpowiedzialne. Inni autorzy pojęciem tym określają grupę, w której jednostki mają wspólny cel oraz, w której zawody i umiejętności poszczególnych osób wzajemnie się uzupełniają [9]. Zasadniczym celem pracy zespołowej jest osiągnięcie przez pacjentów maksymalnych korzyści zdrowotnych co jest osiągane przez: koordynowanie i integrowanie usług, dzielenie się wiedzą o podopiecznych i ich bliskich, o zmianach zachodzących w stanie zdrowia chorych, zapobieganie pomijaniu informacji, wspólne podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów. W zespole terapeutycznym poszczególni członkowie zazwyczaj mają odrębne obszary aktywności, niemniej powinny być one wzajemnie uznawane, szanowane i akceptowane, a podstawę dobrej współpracy powinna stanowić świadomość roli i zadań wszystkich osób, które uczestniczą w opiece [6].

W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia, podając wymagania dotyczące personelu określił, że w jednostkach opieki paliatywnej powinien być zatrudniony: lekarz, pielęgniarka, psycholog i fizjoterapeuta [11]. Jednakże, aby opieka była sprawowana holistycznie, konieczne jest również zaangażowanie przedstawicieli innych grup zawodowych, w tym między innymi: pracownika socjalnego, dietetyka, kapłana, terapeutę zajęciowego.

Zalety pracy zespołowej

W opiece paliatywnej jedna osoba nie jest w stanie zaspokoić wszystkich fizycznych, psychicznych, duchowych i społecznych potrzeb umierającego. Warunkuje to konieczność zespołowego działania pielęgniarki, lekarza, rehabilitanta, psychologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego, pracownika socjalnego, kapłana, wolontariuszy oraz samego pacjenta, jego przyjaciół i rodziny. Ocena sytuacji pacjenta i jego rodziny przez przedstawicieli różnych zawodów daje podstawy do sprawowania profesjonalnej opieki, a ciężar opieki spada na grupę, a nie na pojedyncze osoby. Ponadto ze względu na interdyscyplinarny charakter zespołu, jego działania mogą być wieloaspektowo analizowane i dzięki temu udoskonalane [9]. Stałe i systematyczne zebrania zespołu stanowią podstawę jakościowego sprawowania opieki. Wymiana wiedzy o chorym i jego bliskich, holistyczne podejście, przedstawienie własnych planów pomocy i spójne działania pozwalają na świadczenie zindywidualizowanej opieki adekwatnej do problemów i potrzeb podopiecznych, a w konsekwencji umożliwiają przygotowanie chorego i jego bliskich do śmierci [2].

Zespół pracujący w jednostkach opieki paliatywnej jest narażony na szczególne emocjonalne obciążenia. Wynikają one z ciągłej konfrontacji z cierpieniem i śmiercią [5]. Dlatego trudne decyzje, zwłaszcza o charakterze etyczno-moralnym, członkowie zespołu podejmują wspólnie, a w sytuacjach stresowych mogą i powinni nawzajem się wspierać. Praca w zespole pozwala na czerpanie wiedzy z doświadczeń innych osób. Członkowie zespołu ponadto mobilizują się wzajemnie do pracy, co z jednej strony umożliwia dalszy rozwój, a z drugiej usprawnia opiekę.

Każdy zespół potrzebuje osoby kierującej, przywódcy, którego rola ma decydujące znaczenie dla dobrego samopoczucia członków zespołu i jego funkcjonowania [9].

W zespołach opieki paliatywnej najcenniejsze są współpraca oraz sprawna i skuteczna komunikacja, która odbywa się różnych poziomach. Pierwszorzędną funkcją komunikacji jest koordynacja działań wszystkich uczestników tego procesu. Aby wzajemne interakcje przebiegały bez przeszkód, konieczne jest nie tylko posługiwanie się tym samym językiem, ale także uwzględnienie doświadczenia, wartości i emocji każdej ze stron. Zdolność do współpracy w ramach zespołu interdyscyplinarnego opiera się między innymi na zasadach komunikacji, a tym samym wymaga ćwiczeń, treningu [5]. Za najbardziej znaczące walory komunikowania i kształtowania relacji współdziałania zespołowego uznaje się: otwartość, która przejawia się zdolnością do słuchania, wyjaśniania, rozumienia i akceptowania możliwości różnicy zdań, następnie empatię, która umożliwia kształtowanie się właściwego morale zespołu, osiągnięcie wzajemnego zaufania oraz opanowanie koniecznych umiejętności, takich jak podejmowanie refleksji, wyjaśnianie, podsumowywanie, przekazywanie informacji zwrotnych [6]. Członkowie zespołu powinni rozumieć

zasady rządzące dynamiką grupy. Każda osoba wnosi do niej swoje własne wartości, poglądy, przekonania i doświadczenia [5]. Potrzebna jest obopólna zgoda i jasno określone cele działania. Charakter pracy w opiece paliatywnej sprzyja powstawaniu okoliczności, które mogą prowadzić do napięć i nieporozumień. Dlatego też należy przygotować model szybkiego rozwiązywania takich konfliktów. W celu zminimalizowania ich kosztów emocjonalnych i negatywnego wpływu, który oddziałuje nie tylko na członków zespołu, ale także na chorego i jego rodzinę, zaleca się, aby rodzące się początkowo w takich sytuacjach emocje nie wpływały na podejmowane działania. Wskazane jest omówienie problemu z drugą stroną, przedstawienie własnego punktu widzenia, a następnie spokojne wysłuchanie argumentów. W rozwiązywaniu sytuacji problemowych powinno się podkreślać, że najważniejsze jest osiągnięcie wspólnego celu dla dobra pacjenta. Przyjęcie postawy otwartości na poglądy innych i gotowości do kompromisu, w przeciwieństwie do niepotrzebnej krytyki i agresywnego nastawienia, sprzyjają znalezieniu wspólnego rozwiązania problemu [5]. W rozwiązywaniu konfliktów pierwszorzędą rolę odgrywa przywódca, którego zadaniem jest między innymi znajdowanie rozwiązań w przyjacielskiej i uczciwej atmosferze [9].

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego potrzebują wzajemnego wsparcia i zaufania ze względu na szczególne znaczenie decyzji dotyczących opieki nad chorym. Podział odpowiedzialności z jednej strony może zwiększyć satysfakcję z osiągniętych rezultatów, a z drugiej zmniejsza poczucie bezradności. Jakkolwiek wiadome jest, że najważniejszym celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie możliwie najlepszej jakości życia chorego przez łagodzenie cierpienia, to wybór właściwej formy terapii napotyka wiele trudności. Jedną z nich polega na zwyczajowym stosowaniu przestarzałych procedur medycznych, pomimo istniejących dowodów, które potwierdzają ich nieskuteczność. W takich sytuacjach wymaga się od zespołu nie tylko elastyczności i otwartości na nowości, ale także gotowości do wyjaśnienia podopiecznym zasadności wyboru danego rodzaju pomocy. Drugą przeszkodą w relacjach interpersonalnych jest sceptycyzm, którego źródło tkwi w poczuciu bezradności, a który może ujawniać się w postaci konfliktów wewnątrz zespołu. Poczuciu frustracji należy zapobiegać poprzez ustawiczne podnoszenie swoich kwalifikacji, lepszą samoświadomość i rozpoznawanie źródeł wewnętrznej bezradności. Trzecią trudność wiąże się z biernym nastawieniem, brakiem inicjatywy i unikaniem trudności. W konsekwencji prowadzi to do utraty najważniejszego celu, jakim jest dobro chorego. Konieczne jest aktywne zaangażowanie całego zespołu w poszczególne zadania i wspólne podejmowanie decyzji. Następnym problemem dotyczącym funkcjonowania zespołów jest brak samokrytyki. Lekkoomyślność, brak wzajemnego zaufania, brak współczucia i nadmierna pewność siebie członków zespołu przy podejmowaniu decyzji, sprzyjają napięciu i konfliktom [5].

Od osób pracujących w hospicjum wymaga się nie tylko profesjonalizmu w podejmowanych działaniach, ale także odpowiedniej dojrzałości psychicznej, wewnętrznego spokoju, cierpliwości, tolerancji, empatii oraz otwartości i gotowości niesienia pomocy drugiemu człowiekowi [7], nie tylko na płaszczyźnie relacji z pacjentami i ich bliskimi, ale również w odniesieniu do kontaktów wewnątrz zespołu.

W niniejszym artykule przedstawiono wybrany opis przypadku chorego. Celem jest zilustrowanie potencjalnych problemów chorych i ich bliskich oraz przedstawienie możliwych działań podejmowanych przez zespół interdyscyplinarny.

Opis przypadku

Chory, lat 67, przyjęty został do hospicjum ze wskazań medycznych, z powodu terminalnej fazy choroby nowotworowej w przebiegu guza płuca lewego w stadium rozsiewu do płuca prawego i wątroby. W wywiadzie podano: od około czterech miesięcy znaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego, postępującą duszność wysiłkową, a od dwóch tygodni ból w lewej połowie klatki piersiowej.

Podczas przyjęcia na oddział ustalono, że pacjent jest logiczny, zorientowany co do czasu, miejsca i własnej osoby. Podaje, że najbardziej cierpi z powodu bólu, który nasila się przy próbie ruchu. Znaczny dyskomfort stanowi dla chorego również uczucie ciągłego zmęczenia. Zaobserwowano, że niepokój związany ze stanem zdrowia narasta w sytuacji pojawienia się duszności. Ze względu na ograniczoną sprawność ruchową chory wymaga pomocy przy wykonywaniu czynności samoobsługowych. Brak samodzielności i ciągła zależność od innych osób powodują, że pacjent ma wyrzuty sumienia, że „niepotrzebnie” absorbuje czas innych osób. Od opieki hospicyjnej oczekuje uśmierzenia bólu i ciągłej pielęgnacji. Pacjent jest świadomy rozpoznania i prognozy choroby. Chciałby jednak wiedzieć, jak będzie umierał, kiedy to nastąpi i czy będzie cierpiał. Ponadto odczuwa potrzebę porozmawiania z najbliższymi o swoim odejściu i ceremonii pogrzebu. Martwi się, czy zdąży pożegnać się z córką. Pacjent jest osobą wierzącą, sakramenty święte otrzymał podczas ostatniego pobytu w szpitalu. Chciałby uporządkować sprawy majątkowe.

Na temat rodziny wiadomo, że opiekę nad chorym w domu sprawowała żona z pomocą sąsiadki i syna. Syn pracuje zawodowo, jest żonaty, ma dwoje dzieci (w wieku 6 i 9 lat). Córka mieszka za granicą, nie jest poinformowana o ciężkiej chorobie ojca. Prawdopodobnie wróci do Polski za miesiąc. Rodzina oczekuje od opieki paliatywnej leczenia objawowego i zapewnienia godnych warunków umierania.

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego uznali, że pierwszoplanowe działania będą skupione wokół wdrożenia leczenia objawowego, kontroli objawów i zapewnienia ciągłej pielęgnacji. Jednocześnie niezbędne okazało się udzielenie choremu niezbędnej pomocy w adaptacji do nowych warunków oraz udzielenie wsparcia

psychicznego przez stworzenie warunków do wyrażenia i odreagowania negatywnych emocji. Podjęto również próbę rehabilitacji mającej na celu utrzymanie aktywności ruchowej i niezależności funkcjonalnej w granicach wyznaczonych przez proces chorobowy oraz możliwości chorego.

Ponadto zaplanowano działania w kierunku pomocy rodzinie w przygotowaniu córki na spotkanie z pacjentem. Choremu udzielono również niezbędnych informacji potrzebnych do uporządkowania spraw majątkowych. W dalszej kolejności zamierzono wdrożyć działania mające na celu wykrycie osób zagrożonych patologicznym osieroceniem.

Podsumowanie

Zaprezentowana powyżej analiza sytuacji chorego i jego bliskich potwierdza z jednej strony różnorodność problemów, z jakimi borykają się podopieczni otoczeni opieką paliatywną. Oprócz typowych cierpień natury fizycznej, takich jak ból, uczucie ciągłego zmęczenia, duszność, pacjenci doświadczają również innego wymiaru cierpienia, takiego jak troska o los bliskich, uczucie bezradności, lęku przed bólem, umieraniem, śmiercią, a także poszukiwanie sensu życia, źródeł nadziei. Z drugiej strony wskazuje na konieczność sprawowania opieki przez zespół odpowiednio wykwalifikowanych osób. Jakkolwiek przedstawione przykłady zaplanowanych przez zespół czynności nie wyczerpują listy możliwych działań, niemniej wskazują na potrzebę podejmowania wielokierunkowych działań.

Wydaje się więc oczywiste, że współpraca osób reprezentujących różne zawody, tworzących zespół interdyscyplinarny, jest niezbędna w sprawowaniu zindywidualizowanej opieki adekwatnej do potrzeb i oczekiwań podopiecznych i ich bliskich.

Bibliografia

1. Bohusz-Dobosz A., *Pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne oddziaływania na postawę wobec śmierci u osób terminalnie chorych*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań 2004.
2. Chmiel I., Kochan K., Brzostek T., *Triada przygotowania do śmierci w hospicjum im. Św. Łazarza w Krakowie*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2008.
3. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., *Model oceny jakości życia opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2001.
4. de Walden-Gałuszko K., *Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego*, [w:] *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, red. K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz, PZWL, Warszawa 2005.

5. Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J., *Komunikacja w opiece paliatywnej*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010, 4, 2, 81–85.
6. Kłos A., Tomaszewska K., *Komunikacja w zespole terapeutycznym*, Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae, Universitas Catholica Ružomberok, 2012, XI, 3, 50–61.
7. Kuźmicz I., Banach M., *Opieka paliatywna w Polsce*, Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae, Universitas Catholica Ružomberok 2012, XI, 3, 88–97.
8. Mess E., Kopytek B., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M., *Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym*, Onkologia Polska 2007, 10(4), 185–189.
9. Oliver D., *Jak działa zespół interdyscyplinarny*, Polska Medycyna Paliatywna 2003, 2, 3, 191–194.
10. Smith S.A., *Hospice Concepts. A Guide to Palliative Care in Terminal Illness*, Research Press United States 2000.
11. Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 79/2011/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Dorota Lizak¹, Anna Goździalska², Mariola Serń², Jerzy Jaśkiewicz²,
Renata Satora²

¹ Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – obowiązek czy wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia w XXI w.?

Abstract: Issues related to health promotion and health education in recent years have gained in importance and are still evolving. Living in the twenty-first century – the period of wide-ranging changes, the fast pace of life, the dehumanization of man and certain values, health – one of the key intangibles, is still one of the most cherished human values that do not change over time. Health is a timeless value, which is not a constant state but labile, is influenced by a variety of modifiable and not-modifiable factors. Adverse trends in health and work in the health care, cause that representatives of the sector should meet a number of requirements and have certain abilities to practice. It becomes necessary to have a interdisciplinary knowledge, ability to perform of instrumental and expressive activities, at the same time presenting a particular attitude, which is a positive, forming pro-health model. The health professionals have a duty to educate, promote health, and thus increase health potential. For some of them, the educational activities will be a kind of challenge to test their knowledge and skills, but also can be a start of a new career. Update knowledge and skills in the medical professions is a necessary requirement to ensure the highest quality of holistic care, including educational and health promotion, and to be a reliable person.

Keywords: health, health promotion, health education, health care.

Wprowadzenie

Żyjąc w XXI w. – w czasie podlegającym szeroko pojętym przemianom, szybkiego tempa życia i często dehumanizacji człowieka, zdrowie – jedno z podstawowych dóbr niematerialnych, ciągle pozostaje jedną z najwyżej cenionych przez człowieka, niezmiennych wartości. Zdrowie jest wartością ponadczasową. Nie jest stanem stałym, ale uwarunkowanym wpływem szeregu czynników modyfikowalnych i niemodyfikowalnych. Niekorzystne tendencje zdrowotne i praca w ochronie zdrowia powodują, że przedstawiciele tego sektora powinni spełniać wiele wymagań oraz posiadać określone predyspozycje do wykonywania zawodu. Konieczne staje się posiadanie interdyscyplinarnej wiedzy, umiejętności wykonywania czynności instrumentalnych i ekspresyjnych, a zarazem reprezentowania określonej postawy, stanowiącej pozytywny, prozdrowotny wzorzec.

Od początku ludzkości nabywanie wiedzy wiązało się między innymi z umiejętnością obserwacji. Człowiek jako *homo sapiens*, nie tylko powinien umieć obserwować, ale również analizować i wnioskować. Komponent myślowy, chęć poznawania nowych zjawisk i stanów oraz wynalezienie nowoczesnych, bardziej zaawansowanych przyrządów i metod badawczych, uczyniły z człowieka osobę podążającą za wiedzą, nowościami, realistę, ale zarazem człowieka przyszłości. Lata, a nawet wieki badań i doświadczeń w każdej ze sfer życia spowodowały, że poziom współczesnej wiedzy właściwie we wszystkich dziedzinach jest niezwykle imponujący, ponieważ badaniu podlega niemal wszystko, co dotyczy zarówno przeszłości, jak i teraźniejszości. Zatem różnorodne stany towarzyszące człowiekowi podczas ziemskiej egzystencji, jak również sam człowiek, stanowią doskonałe studium nad życiem i światem.

Badania i liczne publikacje naukowe z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej pozwalają wysunąć tezę, że są to dziedziny bazujące na solidnych podstawach teoretycznych i odgrywające istotną rolę w zasobach współczesnej wiedzy o zdrowiu, sposobach jego utrzymania i przede wszystkim potęgowania. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna to nauki interdyscyplinarne, komplementarne względem siebie, w związku z czym mnogość zagadnień i problemów poruszanych w ich obszarze może mieć związek z medycyną, socjologią, pedagogiką, pielęgniarstwem czy innymi dziedzinami.

Zdrowie nie jest kategorią ilościową, pomimo że bywa tak rozpatrywane. Będąc przymiotem cennym i pożądanym, jest również czymś oczekiwanym. Zwykle życzy się komuś „dużo zdrowia” ujmując jego wartość za pomocą liczebnika nieokreślonego. Zdrowie jest przede wszystkim wartością absolutną, którą należy traktować jakościowo, z szacunkiem i największą dbałością. Doliczono się około 300 definicji zdrowia, w zależności od nieprofesjonalnego bądź profesjonalnego definiowania zdrowia oraz dziedzin badających to zagadnienie, z których dobrze znane są pedagogika zdrowia, psychologia zdrowia, socjologia zdrowia etc. Oznacza to, że istniejące definicje sukcesywnie modyfikowane i udoskonalane, wciąż nie określały stanu zdrowia w sposób precyzyjny i trafny. Obecnie najczęściej przytaczaną definicją zdrowia jest zaproponowana w 1946 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która ujmuje zdrowie w sposób holistyczny. Nie wystarczy mówić o zdrowiu uwzględniając jedynie płaszczyznę somatyczną, ponieważ znane są przypadki, gdzie pomimo prawidłowego funkcjonowania na poziomie fizycznym, dysfunkcje pojawiały się w sferze psychicznej czy społecznej, co zaburzało funkcjonowanie człowieka jako całości. Racjonalne myślenie i zachowania powinny stanowić podstawę postępowania każdego człowieka, ale aby tak było, muszą wynikać z rzetelnej wiedzy przekazanej przez profesjonalistów na poszczególnych etapach życia oraz akceptacji przez jednostkę powszechnie przyjętych wzorców, w tym zdrowotnych. Działania odnoszące się do własnego zdrowia, polegające na eksperymentowaniu,

postępowaniu wbrew przyjętym normom i zasadom, czy chęci podejmowania zachowań inicjacyjnych, będzie prowadzić do autodestrukcji. Bywa jednak, że niewłaściwe postępowanie jednostki względem zdrowia, jest poddawane racjonalizacji w celu zapewnienia sobie komfortu psychicznego, a co za tym idzie, nie zawsze prowadzi do konkluzji.

Występowanie dwóch przeciwstawnych stanów (zdrowia i choroby), obrazowo opisuje w salutogenetycznej koncepcji socjolog medycyny Aaron Antonovsky i przedstawia za pomocą kontinuum. Zdaniem Sęk, model ten opisuje i wyjaśnia uwarunkowania i mechanizmy osiągania zdrowia i stał się przełomem w naukach o zdrowiu [10]. Podejście dychotomiczne, traktujące odrębnie zdrowie i chorobę, zastępowane jest współcześnie przez podejście łączące te pojęcia w jednym wymiarze, jako jego przeciwne bieguny [3]. Rozpatrując zdrowie człowieka jako stan dynamiczny, nie można wyłącznie bazować na jego pozytywnych aspektach, ponieważ istnieje szereg różnych determinantów, powodujących zaburzenie homeostazy, a co za tym idzie, występowanie stanów pośrednich: względnego zdrowia lub względnej choroby.

Cel pracy

Celem pracy jest pogładowe przedstawienie znaczenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej realizowanych przez pracowników ochrony zdrowia w dobie przemian XXI w.

Aspekt edukacyjny

Koncepcja promocji zdrowia zaczęła kształtować się w latach 70. XX w., chociaż jej początki sięgają starożytności. Z czasem idea ta zaczęła nabierać nowego znaczenia. Działania przedstawicieli ochrony zdrowia podejmowane w duchu tejże koncepcji i opierające się na przesłankach i wynikach badań naukowych, z biegiem czasu zaczęły przynosić wymierne korzyści. Tendencje występowania chorób cywilizacyjnych zmieniające się na przestrzeni lat spowodowały, że konieczne było podjęcie skutecznych działań prozdrowotnych, które ograniczyłyby ich niekorzystne następstwa, a zarazem przyczyniły się do utrzymania przynajmniej *status quo*. Jak podaje Gaweł, teza, że dobre zdrowie ludzkość zawdzięcza przede wszystkim sprawnie działającej służbie zdrowia, nie wytrzymała próby czasu. Zaproponowana w 1974 r. przez Lalonde'a koncepcja „pół zdrowia” i opracowany na jej podstawie model ekosystemu człowieka, wraz z rodzącą się ideą promocji zdrowia, legły u podstaw konkurencyjnego wobec ujęcia biomedycznego, społeczno-ekologicznego modelu zdrowia, uznawanego do dziś za obowiązujący [2].

Styl życia jako zespół zachowań charakterystyczny dla danej jednostki czy grupy, w znacznym stopniu (ponad 50%) determinuje zdrowie. Wiedza na temat człowieka, jego zachowań oraz następstw tych zachowań powoduje, że zwraca się uwagę na wczesną edukację zdrowotną. Edukacja, która jest procesem całościowym, powinna towarzyszyć człowiekowi na każdym etapie jego rozwoju, zaś partycypowanie jednostki w tym procesie powinno odbywać się przy udziale i wsparciu profesjonalistów. Elementarnym prawem każdego człowieka jest prawo do życia i zdrowia. Wraz z upływem czasu w proces edukowania człowieka zaczęto wpisywać zdrowie ze względu na fakt, że przekazywanie wiedzy o zdrowiu jest nie tylko inwestycją w jednostkę, ale i w społeczeństwo, jako zbiorowości poszczególnych jednostek. Warto zaznaczyć, że edukacja zdrowotna potrzebna jest nie tylko ludziom chorym, ale przede wszystkim zdrowym. W zakładach opieki zdrowotnej najczęstszą formą edukacji jest przekazywanie informacji przy okazji udzielania porady lekarskiej, pielęgniarskiej czy realizacji świadczeń medycznych [7]. Człowiek wyedukowany to człowiek świadomy, a w przypadku osoby chorej, ma to tym bardziej istotne znaczenie. W myśl zasady *Salus aegroti suprema lex*, takie postępowanie wydaje się racjonalne i w pełni uzasadnione, gdyż podnosi poziom świadomości zdrowotnej pacjenta lub też powoduje budowanie jej od podstaw.

Rola pracowników ochrony zdrowia

Spośród przedstawicieli zawodów medycznych, na uwagę zasługują reprezentanci najbardziej licznych grup, a zarazem mający bezpośredni kontakt z pacjentem, czyli biorcą świadczeń zdrowotnych, w tym również działań edukacyjnych. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152), która określa zasady i warunki wykonywania zawodu, w art. 2, pkt 3 zwraca uwagę na fakt, że za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza [11]. Lekarz nie tylko powinien leczyć, ale również edukować, posiadając bogaty zasób wiedzy o zdrowiu i chorobach. Promowanie zdrowia jako jeden z filarów pracy lekarza, może odbywać się poprzez udzielanie porad i edukację zdrowotną zarówno w warunkach szpitala, poradni, szkoły czy uczelni, jak i podczas szkoleń czy sympozjów. Prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych również służy popularyzacji wiedzy i edukacji pośredniej, ponieważ wyniki badań, mogą stanowić zaplecze wiedzy teoretycznej zarówno dla jednostek, jak i całego społeczeństwa oraz określić pewne wzorce postępowania.

Obok lekarzy, niezwykle istotną i liczną grupę zawodową stanowią pielęgniarki oraz położne. 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowa ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039; dalej: nowa

ustawa), która zastąpiła dotychczas obowiązującą ustawę z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.). Jej przedmiotem jest doprecyzowanie zasad wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa, uzyskiwania prawa wykonywania tych zawodów oraz zasad kształcenia zawodowego i podyplomowego pielęgniarstwa i położnictwa. Powołując się na przepisy prawa, regulujące kwestie związane z wykonywaniem określonych zawodów medycznych, w ustawie o zawodzie pielęgniarstwa i położnictwa, w rozdziale 2, art. 4, pkt 1 widnieje zapis: „wykonywanie zawodu pielęgniarstwa polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in. w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia”. Z kolei wykonywanie zawodu położnictwa w myśl art. 5, pkt 1, obowiązuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. do prowadzenia działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

- a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia [12].

Zawód pielęgniarstwa i położnictwa to profesja tzw. zaufania publicznego, gdzie oprócz wykonywania czynności instrumentalnych i interdyscyplinarnej wiedzy, należy wykazywać pewne predyspozycje, wspomagające realizowanie określonych świadczeń. Umiejętność prowadzenia działań edukacyjnych z określonym skutkiem tzn. efektywnie, stanowić może o sukcesie procesu leczniczego. Należy jednak podkreślić, że działania edukacyjne dotyczyć mogą zarówno dzieci oraz młodzieży, jak i w znacznej mierze osób dorosłych. W przypadku osoby edukującej niezwykle istotne jest zastosowanie odpowiedniego podejścia wobec osoby edukowanej tj. pedagogicznego lub andragogicznego, w zależności od wieku odbiorców treści edukacyjnych. Poziom merytoryczny edukatora stanowi zaledwie pewną część, składającą się na efekt końcowy edukacji, jej jakość i efektywność. Dostosowanie treści i metod do poziomu i możliwości percepcyjnych odbiorców, to druga połowa sukcesu. Nie wystarczy jednak samo przeprowadzenie edukacji zdrowotnej. Warunkiem koniecznym jest ewaluacja działań edukacyjnych, która może stanowić cenną informację zwrotną zarówno dla edukatora, jak i edukowanego. Nauka przez doświadczenie i korygowanie popełnionych wcześniej błędów, służy doskonaleniu warsztatu edukatora, a co za tym idzie, podnosi poziom edukacji.

Edukacja zdrowotna powinna mieć charakter proaktywny i przedterapeutyczny. Oznacza to, że powinna być realizowana nie tylko wśród osób chorych, ale przede wszystkim zdrowych, w myśl szeroko pojętej profilaktyki. Działalność edukacyjna wpisana w zawody medyczne może być realizowana w różnej formie i w różny sposób, jednak tylko zaplanowane, ustrukturalizowane i poddane ewaluacji działanie, poprzedzone oceną deficytu wiedzy i umiejętności u pacjenta, pozwoli prawidłowo zaplanować edukację, jak również uzyskać informację zwrotną na temat osiągnięć

tych celów. Skuteczność edukacji można ocenić badając przyrost wiedzy lub stopień przyswojenia przez edukowanego przekazanych informacji, zadając nieskomplikowane pytania lub wykonując posttest. Z praktycznego punktu widzenia najlepszym miernikiem oceny efektywności działań edukacyjnych jest zmiana nawyków czy niekorzystnych dla zdrowia zachowań u osoby edukowanej, jednak może być to proces długofalowy i czasem trudny z perspektywy czasu do obserwacji i weryfikacji. W sytuacji, gdy przeprowadzone działania edukacyjne nie przyniosą oczekiwanych efektów, należy przeprowadzić reedukację. W dokumentacji procesu leczenia i pielęgnowania pacjenta, zawarte są informacje odnoszące się do realizowanych działań edukacyjnych. Dokumentowanie wykonanych czynności, jest zarówno wymogiem formalnym, jak i przejawem troski o dobro pacjenta. Istotne jest zatem rzeczywiste realizowanie wymaganych zadań, a nie wyłącznie uzupełnianie dokumentacji.

Grupą zawodową, która zasługuje na szczególną uwagę są ratownicy medyczni. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) w rozdziale 2, art. 11. określa zakres obowiązków ratownika medycznego w odniesieniu do działań edukacyjnych, podkreślając, że wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega m.in. na organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych [13]. Prowadzenie przez ratowników medycznych działań edukacyjnych, dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy jest zadaniem niezmiennie istotnym. Jak wynika z danych Polskiego Czerwonego Krzyża, w Polsce co druga osoba nie zna zasad udzielania pierwszej pomocy [5], a corocznie umiera kilka tysięcy osób tylko dlatego, że świadkowie zdarzenia nie podejmują czynności ratowniczych przed przybyciem pogotowia ratunkowego. To właśnie *„wczesne podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez świadków zdarzenia, może podwoić lub nawet potroić szanse przeżycia”* (Międzynarodowe Wytyczne do Resuscytacji 2010) [4]. Woynarowska podkreśla, że analiza danych o częstotliwości, przyczynach i okolicznościach urazów, jest podstawą planowania programów profilaktycznych, w tym także edukacji do bezpieczeństwa [14].

Spośród wyżej opisanych zawodów medycznych regulowanych, których wykonywanie obliuguje do prowadzenia działalności edukacyjnej i/lub promującej zdrowie, istnieje grupa zawodów, a zarazem przedstawicieli ochrony zdrowia, którzy uzyskując kwalifikacje zawodowe zgodnie ze standardami kształcenia, mogą również prowadzić działalność edukacyjną, chociaż nie określoną przepisami prawa. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy, oraz zakresu jej stosowania (na podstawie art. 36 ust. 8 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.), kosmetolog jest specjalistą ochrony zdrowia [9]. Zawód kosmetologa w ostatnich latach zyskał na znaczeniu i jest postrzegany jako zawód przyszłości,

w związku z zainteresowaniem kształtowaniem własnego wizerunku, sylwetki oraz wzorcami kreowanymi przez media. Licznie powstające gabinety kosmetyczne, to również dowód zapotrzebowania na tego typu usługi. Kosmetolog uzyskując w toku kształcenia gruntowną wiedzę z zakresu higieny, pielęgnacji skóry, dietytyki czy estetyki, w swojej pracy zawodowej może prowadzić edukację zdrowotną na temat pielęgnacji ciała, włosów, paznokci, rozpoznawania schorzeń skóry np. nowotworów, jak również prowadzić działalność prewencyjną, dotyczącą opóźniania oznak starzenia się skóry i jej właściwej pielęgnacji. Zarówno kosmetologia estetyczna, jak i medyczna, służą poprawie wizerunku i samopoczucia klienta poprzez poprawianie lub przywracanie urody.

Podobnie jak w przypadku kosmetologa, zawód dietytyka cieszący się coraz większym uznaniem, umożliwia prowadzenie działalności edukacyjnej i promującej zdrowie. Zakres poradnictwa żywieniowego realizowanego przez dietytyka może obejmować m.in. bilansowanie diety, dobór diety w przypadku chorób dietozależnych, alergii czy nietolerancji pokarmowych, pomoc w zmianie nieprawidłowych nawyków żywieniowych, układanie planów żywieniowych (np. dla sportowców), czy wreszcie prowadzenie działalności edukacyjnej w zakresie prawidłowego odżywiania i jego roli w profilaktyce chorób. Dieta może stanowić i niejednokrotnie stanowi nie tylko element terapii, ale przede wszystkim komponent prozdrowotnego stylu życia. Z tego też względu można zaobserwować powstawanie nowych poradni dietytycznych, które działają niebezpośrednio przy placówkach medycznych. Poza tym nasilający się w społeczeństwie problem otyłości, wymaga podejmowania działań profilaktycznych i terapeutycznych. Wpływ racjonalnego odżywiania i odpowiednio zbilansowanej diety na zdrowie człowieka jest nieoceniony i udowodniony naukowo. Zarówno stan zdrowia, jak i choroby wymaga stosowania właściwej diety, która jest potrzebna zarówno człowiekowi zdrowemu, warunkując jego optymalne funkcjonowanie na co dzień, jak i choremu, wspomagając tym samym proces leczenia. W związku z powyższym edukacja żywieniowa jest w pełni uzasadniona, a realizowana przez osoby do tego odpowiednio przygotowane, może przynieść pożądane efekty zdrowotne.

Uwzględniając wykonywanie konkretnych profesji zaliczanych do zawodów medycznych (np. pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) czy paramedycznych (np. opiekun medyczny), strategie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej powinny mieć szczególne znaczenie i być realizowane przez przedstawicieli ochrony zdrowia. Ministerialne programy kształcenia na poszczególnych kierunkach studiów, obligują do organizowania konkretnych przedmiotów, mających kluczowe znaczenie w późniejszej pracy zawodowej, jak np. promocja zdrowia na kierunku pielęgniarstwo czy edukacja zdrowotna na kierunku pedagogika, pomimo że nie jest to kierunek medyczny. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, powinny być wdrażane przez przedstawicieli ochrony zdrowia w czasie pracy zawodowej, jak również pro-

pagowane po okresie ich aktywności zawodowej tj. na emeryturze, mając jednak na uwadze konieczność aktualizowania wiedzy. Nieodłącznymi elementami pracy w zawodach medycznych są profilaktyka, diagnozowanie, leczenie i rehabilitacja. Na każdym z tych etapów wymagana jest gruntowna wiedza, ale nie ulega wątpliwości, że na każdym z tych etapów możliwa jest edukacja zdrowotna. Skuteczna profilaktyka powiązana z edukacją, to opóźnienie rozwoju procesu chorobowego, edukacja na etapie diagnozowania, to dobre przygotowanie pacjenta do badań i czynności diagnostycznych. Edukacja chorego prowadzona w fazie leczenia, to wspomaganie procesu terapeutycznego, zaś na etapie rehabilitacji to szybszy powrót pacjenta do zdrowia i samodzielności.

Podsumowanie

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – działania wciąż niedoceniane, choć przynoszące coraz lepsze wyniki w zakresie poprawy stanu zdrowia, potwierdzone doniesieniami naukowymi, nie powinny być zagadnieniami traktowanymi marginalnie i z dystansem. Należy podkreślić, że ciągle jeszcze nie w pełni docenia się znaczenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, czyli działań o szerokim zasięgu, które w pierwszej kolejności wpływają nie tylko na świadomość człowieka, ale i na jego behawioralność. Taki stan wiąże się zapewne z przekonaniem, że dopóki obiektywne mierniki zdrowia nie potwierdzą pojawienia się choroby, dopóty bezpodstawne jest wcześniejsze podejmowanie działań wątpliwie efektywnych (edukacja zdrowotna, promocja zdrowia), które mogą jej zapobiec lub zmniejszyć jej zasięg [8]. Są to strategie istotne na każdym etapie życia, bez względu na wiek, płeć czy przynależność do określonej grupy zawodowej. Styl życia to tylko jedna z czterech głównych determinant warunkujących zdrowie jednostki, oprócz środowiska, opieki medycznej i zasobów biologicznych. Bezprecedensowe i uzasadnione wydaje się dołączenie do tych czynników wiedzy o zdrowiu, nabywanej w ramach edukacji zdrowotnej. Świadomy i wyedukowany człowiek, to człowiek odpowiedzialny za swoje postępowanie, znający korzyści i zagrożenia zdrowotne oraz konsekwencje swoich działań.

Ogniwiem łączącym promocję zdrowia z tzw. zabezpieczeniem zdrowotnym, stanowiącym element zdrowia publicznego, są służby sanitarno-epidemiologiczne, które realizują przynajmniej dwa kierunki działalności promocji zdrowia: edukację zdrowotną i zapobieganie chorobom. Wyjaśnia to i uzasadnia fakt, że mówiąc o zdrowiu publicznym, należy pamiętać, iż integralną jego częścią jest promocja zdrowia, bez względu na to, czy zostało to wyraźnie wyartykułowane, czy też nie [6]. Niekorzystne tendencje zdrowotne, głównie w zakresie zachorowalności i umieral-

ności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów czy otyłości spowodowały, że schorzenia te zyskały miano chorób społecznych. Taki stan utwierdza w przekonaniu, że konieczna staje się permanentna edukacja zdrowotna dotycząca zmiany stylu życia, prowadzona przez specjalistów ochrony zdrowia już od najwcześniejszych lat życia człowieka, w celu zapobiegania chorobom oraz ich niekorzystnym następstwom. Cianciara twierdzi, że obecnie nieustannie dąży się do zmian w stylu życia przez kształtowanie kompetencji funkcjonalnych (wiedza) i interaktywnych (zachowanie). Dodatkowo jednak kształtuje się tzw. kompetencje krytyczne (społeczne działanie na rzecz ogółu), które mają bardziej uniwersalne znaczenie [1]. Przedstawiciele zawodów medycznych zobligowani do prowadzenia edukacji zdrowotnej i promowania zdrowia, stają również przed dużym wyzwaniem. Rozpatrywanie tej kwestii w celu znalezienia jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: czy promocja zdrowia i edukacja zdrowotna to obowiązek czy wyzwanie, może rodzić kolejne dylematy. Zatem połączenie tych dwóch kwestii w kategorię „obowiązkowego wyzwania” częściowo będzie stanowić odpowiedź na powyższe pytanie. Po pierwsze, jest to obowiązek wynikający z regulacji prawnych określających wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych, a po drugie wyzwanie to dotyczy autoedukacji, tj. pozyskania takiego poziomu wiedzy i umiejętności, aby z pełną odpowiedzialnością i wiarygodnością móc edukować innych, kreując poprawną zawodowo postawę.

Wnioski

Zarówno literatura przedmiotu, jak i doświadczenia własne pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stanowią elementarną formę działań prozdrowotnych, które są i powinny być realizowane przez pracowników ochrony zdrowia z ukierunkowaniem na jednostkę lub grupę i jej problemy.
2. Przedstawiciele zawodów medycznych, posiadając wiedzę z zakresu zdrowia i profilaktyki chorób, mają obowiązek edukowania do zdrowia w ramach swoich kompetencji.
3. Wiedza, kompetencje społeczne, odpowiednie podejście oraz dobór metod i form edukacji przez pracowników ochrony zdrowia, warunkują jej skuteczność.
4. Należy popularyzować ideę edukacji zdrowotnej, która winna być realizowana na każdym poziomie kształcenia, przede wszystkim jednak w kształceniu przyszłych pracowników ochrony zdrowia.

Bibliografia

1. Cianciara D., *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, PZWL, Warszawa 2010.
2. Gawęł A., *Współczesna koncepcja zdrowia – odniesienia edukacyjne*, [w:] *Zdrowie w edukacji elementarnej*, red. D. Skulicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
3. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa, 2012.
4. <http://www.medicamp.pl/index.php> [dostęp 10.04.2013].
5. <http://www.pck.pl/pages,119.html> [dostęp 10.04.2013].
6. Karski J.B., *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
7. Lizak D., Dębska G., Jaśkiewicz J., *Edukacja zdrowotna jako narzędzie zdrowia publicznego w walce z nowotworami*, [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*, red. M. Pasek, G. Dębska, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
8. Lizak D., *Medical Knowledge Necessary Element Modern Education of Teacher*, [w:] *Diagnosis and Conditions Determining the Health of Carees and Carers – Selected Issues*, red. M. Charzyńska-Gula, H. Kachaniuk, A. Bednarek, Lublin 2011.
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (na podstawie art. 36 ust. 8 Ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.).
10. Sęk H., *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, PWN, Warszawa 2005.
11. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152.
12. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
13. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.
14. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.

Dorota Lizak¹, Anna Goździalska¹, Jerzy Jaśkiewicz¹, Małgorzata Kochman²

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

Zaopatrzenie w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi – ocena regulacji prawnych

Abstract: Disability is a state, that permanently or temporarily prevent the fulfillment of social roles and of the duration, in some degree disqualifies from public life. Every type of a disability, is a problem for a human afflicted with it, although some people with disabilities perceive their condition as normal, and expected such treatment. Physical disability in addition to psychological discomfort, implies additional concerns with architectural barriers, and not always favorable legal regulations concerning the provision of orthopedic equipment, which for this group of people, sometimes decide on the possibility of independent functioning. The disease is a condition that causes many adverse consequences. In addition to the symptoms characteristic of the disease entity, is often associated with pain and suffering and in the result can lead to permanent dysfunction of the body including disability. If there is a significant reduction in or lack of independence in performing basic activities of daily life, it is necessary help of others, to enable the implementation of human needs in the bio-psycho-social level. However keep in mind about of the type of dysfunction and limits of such a person to help but not replace. In a situation when lack of help, the role of helper can fulfill orthopedic equipment. The range of law regulation will be assessed on the aspect of provision of such assistance.

Key words: disability, medical products, orthopedic equipment, law

Wprowadzenie

W minionych wiekach osoby niepełnosprawne uważano za „ciężar społeczeństwa”. Dopiero pod koniec lat 60. ubiegłego wieku osoby niepełnosprawne zaczęły upominać się o godne życie. W swych żądaniach niepełnosprawni zwracali uwagę na konieczność zwiększenia możliwości „samodzielnego życia” w społeczeństwie. Niepełnosprawni aktywiści oraz organizacje osób niepełnosprawnych wspólnie potępiali traktowanie ich jako „obywateli drugiej kategorii”. Zwracali uwagę na wpływ barier społecznych i środowiskowych (jak nieprzystosowane budynki i komunikacja), dyskryminujących postaw oraz negatywnych stereotypów kulturowych, które upośledzały niepełnosprawnych [1]. Pocięszający jest fakt, że postęp właściwie w każdej z dziedzin życia, a w medycynie szczególnie, przyczynił się nie tylko do bardziej skutecznego leczenia chorób, ale i zmniejszania ich następstw. Odnosi się to również do schorzeń układu ruchu, które w największym stopniu ograniczają

samodzielność i mobilność człowieka. Osoba dorosła, która na skutek wypadku bądź choroby stała się niepełnosprawną, wymaga innego podejścia rehabilitacyjnego, niż osoba niepełnosprawna od urodzenia. Rehabilitacją objęty musi zostać cały człowiek – zarówno jego dysfunkcje fizyczne, jak i jego psychika. Wymaga jej także rodzina czy osoby pozostające w najbliższym otoczeniu niepełnosprawnego.

Podstawą działań usprawniających ma być wczesna diagnoza, formułowana tak wcześnie, jak to jest możliwe. Jej zakres winien obejmować samą osobę niepełnosprawną oraz jej środowisko życia, ze wskazaniem słabych i mocnych stron, szans i barier [13].

Dzięki zaawansowaniu i rozwojowi wiedzy, nowoczesna technologia ma również zastosowanie przy produkcji sprzętu ortopedycznego, który jest w stanie znacznie kompensować ograniczenia u człowieka, powstałe na skutek choroby, urazu, kalectwa etc. Każdej ubezpieczonej osobie niepełnosprawnej przysługuje bezpłatne lub za dopłatą zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Są to między innymi: aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoodleżynowe, pasy przepuklinowe, aparaty słuchowe, sprzęt stomijny, cewniki, inhalatory, okulary, pieluchy i inne. W przypadku niektórych środków wymagany jest udział własny uprawnionego w pokryciu kosztów zakupu. Możliwość uzyskania pomocy w postaci dofinansowania bądź zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy, nie jest jednak kwestią nieregulowaną, dla której nie istnieją odrębne przepisy prawne. Aby jednak wiedzieć, w jakiej sytuacji i w jaki sposób można korzystać z przysługujących praw w przypadku choroby lub jakie wymogi spełniać, aby uzyskać tego rodzaju świadczenie, warto znać regulacje prawne, które określają wszystkie te kwestie.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena regulacji prawnych dotyczących problemu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Regulacje prawne

Zagadnienie dotyczące zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi odnosi się do wszystkich osób będących świadczeniobiorcami. W myśl ustawy z 27 sierpnia 2004 r., przez świadczeniobiorców należy rozumieć osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczonych) oraz inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej [12].

Obecnie w Polsce istnieją trzy sposoby uzyskania potrzebnego choremu sprzętu ortopedycznego (np. wózki, chodziki) oraz środków pomocniczych (np. pieluchy, cewniki), nieodpłatnie lub z dopłatą. Pierwszą drogą jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), drugą Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR), zaś trzecią Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) [2]. Osoby te powinny spełniać kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o których mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych [11]. Świadczeniobiorcom (czyli osobom podlegającym ubezpieczeniu zdrowotnemu) zapewnia się i finansuje ze środków publicznych zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze. O tego rodzaju wsparcie mogą się ubiegać między innymi osoby niewidome, niedowidzące oraz z innymi rodzajami niepełnosprawności. Zgodnie z przepisami prawa, każdej ubezpieczonej osobie niepełnosprawnej przysługuje bezpłatne lub za odpłatnością zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Zasady zaopatrywania w te przedmioty reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie, w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz.U. z 2004 r. Nr 276, poz. 2739 z późn. zm.) [9]. Rozporządzenie dokładnie określa, jak często można taki sprzęt otrzymać i do jakiej kwoty Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje jego zakup.

Wydatki na zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w Polsce stanowią niespełna połowę tego, co przeznaczają na ten cel kraje o podobnym stopniu zamożności, np. Węgry, Bułgaria czy Czechy. Jako przykład może posłużyć Bułgaria, gdzie proteza uda finansowana jest przez budżet państwa w wysokości 6–7 tys. zł. W Polsce dofinansowanie NFZ przy zakupie protezy wynosi maksymalnie 35% jej wartości. Pozostałą część pacjent musi dopłacić ze środków własnych [4].

Radzik zwraca uwagę na fakt, że w przypadku niektórych środków, wymagany jest udział własny osoby uprawnionej w pokryciu kosztów zakupu. Jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie sfinansować udziału własnego podczas zakupu sprzętu ortopedycznego lub potrzebuje sprzętu rehabilitacyjnego, który nie jest refundowany przez NFZ, może zwrócić się do Powiatowego lub Miejskiego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR, MCPR), które w określonych sytuacjach udziela dofinansowania i może zrefundować koszty takiego zaopatrzenia [7]. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. [8] określa, kto z jakiej pomocy może skorzystać. W myśl cytowanego rozporządzenia, najważniejszym wyznacznikiem

uzyskania przez osobę niepełnosprawną dofinansowania jest formalne orzeczenie o niepełnosprawności i niski dochód. Średni miesięczny dochód obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek, nie może przekraczać kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.

Aby starać się o dofinansowanie zakupu sprzętu ortopedycznego lub środków pomocniczych, należy złożyć w PCPR następujące dokumenty:

- odpowiedni wniosek o dofinansowanie,
- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
- udokumentowane dochody (zaświadczenie z zakładu pracy lub też odcinek renty),
- kserokopię zlecenia lekarskiego,
- fakturę zakupu lub inny dokument potwierdzający zakup,
- nr NIP [6, 7, 8].

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, wysokość dofinansowania dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych o jakie może się ubiegać w PCPR osoba niepełnosprawna, wynosi:

- do 100% kosztów udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny, jeżeli taki udział jest wymagany,
- do 150% kwoty limitu na dany sprzęt, jaki został wyznaczony przez NFZ, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit [7, 8, 10].

Zatem jeżeli np. limit na protezę wynosi 600 zł, a cena protezy przekracza taką kwotę, w takiej sytuacji z PCPR można uzyskać maksymalnie 900 zł (czyli 150% kwoty limitu) i wówczas osoba niepełnosprawna może dysponować łączną kwotą 1500 zł. Jeżeli natomiast cena sprzętu nie przekracza limitu wyznaczonego przepisami prawa, ale wymagany jest udział własny w zakupie, wówczas PCPR może sfinansować nawet 100% tego udziału. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia może wymagać finansowego udziału własnego (częściowa odpłatność). Każde zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze oraz w przedmioty ortopedyczne wymaga przed realizacją potwierdzenia przez właściwy Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Aby Wojewódzki Oddział NFZ zrefundował zakup sprzętu lub środka pomocniczego, należy [7, 8]:

- uzyskać zlecenie zaopatrzenia od uprawnionego do tego lekarza (lekarz nie musi podlegać Wojewódzkiemu Oddziałowi NFZ, w którym realizowane będzie zlecenie),
- potwierdzić zlecenie do realizacji w oddziale NFZ (w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego wymagane jest potwierdzenie zlecenia tylko raz),

- zrealizować zlecenie u świadczeniodawcy (producenta lub sklepu), który ma podpisaną umowę z Wojewódzkim Oddziałem NFZ.

Zdarza się również, że ustalony limit ceny na dany przedmiot jest za niski, aby zrealizować zaopatrzenie bezpłatnie (cena zakupu wyższa niż ustalony limit). Osoby niepełnosprawne mogą wówczas ubiegać się o dofinansowanie zaopatrzenia ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), pozostających w dyspozycji Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie. Ponadto dofinansowanie ze środków PFRON obejmuje pojemną kategorię „sprzętu rehabilitacyjnego”, co oznacza możliwość ubiegania się o dofinansowanie sprzętu, którego nie ma w wykazach przedmiotów finansowanych przez NFZ. Stosowne rozporządzenie określa szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowe kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie. Nie ma możliwości ubiegania się o refundację zakupu sprzętu ortopedycznego lub środków pomocniczych po fakcie ich zakupu, jeśli wcześniej nie podjęło się starań o takie dofinansowanie ze środków PCPR lub MPCR.

Warto również podkreślić, jakie zasady obowiązują w związku z zaopatrzeniem w środki pomocnicze i wyroby medyczne. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje ubezpieczonemu na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od rodzaju środka, bezpłatnie lub z częściową odpłatnością (z udziałem własnym). Stosowne rozporządzenie ustalać może limit cen dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, w zakresie których Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Narodowy Fundusz Zdrowia może osobie ubezpieczonej wypożyczać nieodpłatnie, po wniesieniu kaucji, niezbędne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na warunkach określonych w statucie NFZ. Procedura realizacji zaopatrzenia rozpoczyna się zawsze od wystawienia „wniosku o wydanie przedmiotu ortopedycznego (środka pomocniczego)” przez upoważnionego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Kolejną czynnością w toku postępowania, jest potwierdzenie wystawionego wniosku w najbliższym oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego punkcie ewidencyjnym. Z takim dokumentem należy udać się do wybranego przez siebie punktu ortopedycznego, sklepu, apteki, które podpisały umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i tam należy zrealizować zlecenie. W przypadku zaopatrzenia w środki pomocnicze o miesięcznym okresie użytkowania np. sprzęt stomijny, cewniki czy zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, nie jest

wymagane zgłaszanie się każdorazowo po potwierdzenie w NFZ. Można wówczas starać się o wydanie tak zwanej Karty Comiesięcznego Zaopatrzenia, ważnej przez 12 miesięcy od daty wystawienia. Kartę wydaje również Narodowy Fundusz Zdrowia. Po jej uzyskaniu wystarczające jest przedstawianie zleceń na wydanie środka pomocniczego, wydawanych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ważność danego zlecenia w przypadku wymienionych wyżej środków pomocniczych wynosi jeden miesiąc od daty wystawienia przez lekarza do czasu realizacji. Planując zaopatrzenie w pomoc, tj. środki pomocnicze czy przedmioty ortopedyczne, warto sprawdzić, jaka jest cena ich nabycia – czy mieści się w ustalonym limicie cenowym. Jeśli przekracza limit, to danej pomocy można nie otrzymać na powyższych zasadach, tj. bezpłatnie lub z odpłatnością 30% ceny nabycia. Z Narodowego Funduszu Zdrowia można otrzymać refundację kosztów jedynie do wysokości ustalonego limitu – wszystko ponad limit finansuje osoba ubezpieczona, zaopatrująca się w pomoc. O dofinansowanie kwoty nierefundowanej przez NFZ można starać się w Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie.

Życie z niepełnosprawnością

Niepełnosprawność wynika z wielu uwarunkowań, do których z pewnością można by zaliczyć wypadki drogowe, urazy i skutki chorób przewlekłych. Wobec takiej sytuacji pozytywnym przejawem troski o dobro osoby niepełnosprawnej jest gwarancja i dostępność świadczeń, które są niezbędne dla zapewnienia dobrej jakości życia. Negatywny natomiast jest fakt, że kwota przeznaczona przez Narodowy Fundusz Zdrowia na refundację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, uległa zmniejszeniu, a co za tym idzie, to świadczeniobiorca musi pokryć większą część kosztów zakupu sprzętu ortopedycznego. Problem stanowi również fakt, że limity Narodowego Funduszu Zdrowia przyznawane są na zakup środków, które powinny być powszechnie dostępne nieodpłatnie bądź za symboliczną kwotę, są ograniczane. Jak się okazuje, na tego typu sprzęt przyznawane są największe limity, a sprzęt innowacyjny, którego zakup znacznie mógłby poprawić jakość życia osoby niepełnosprawnej, pozostaje chyba wyłącznie w sferze jej marzeń. Na przykład, w Polsce osoba tracąca wzrok, po zakończeniu leczenia szpitalnego zostaje pozostawiona sama sobie. Nie ma zagwarantowanej systemowo rehabilitacji podstawowej, a musi nauczyć się życia na nowo. Konieczne są zajęcia z orientacji przestrzennej, nauczanie się bezwzrokowych technik samoobsługi, komunikowania się z otoczeniem w formatach stosownych do dysfunkcji oraz psychoterapia. Zajęciami edukacyjnymi oraz terapią psychologiczną powinna zostać objęta również rodzina osoby niewidomej czy niedowidzącej. Tylko w roku 2010 na przyjęcie do krajowego ośrodka szkolenia i rehabilitacji wzroku prowadzonego przez Polski

Związek Niewidomych, gdzie odbywają się turnusy rehabilitacji podstawowej, z powodu braku systemowych rozwiązań i gwarantowanego finansowania, w kolejce oczekuje nawet kilkaset osób. Nie do zaakceptowania jest podobna sytuacja w nowoczesnym państwie.

Wejście w życie „ustawy koszykowej” zobligowało resort zdrowia do przygotowania nowych rozporządzeń wykonawczych, w tym rozporządzenia regulującego zaopatrzenie w sprzęt dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, jednak Ministerstwo Zdrowia podpisało te same, od lat obowiązujące przepisy. Tymczasem sytuacja osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych jest coraz trudniejsza, a co za tym idzie, mało komfortowa. Ciągłe wzrasta liczba osób oczekujących na potwierdzenie zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze, a w niektórych województwach czas oczekiwania wynosi nawet kilka miesięcy. Dostęp do zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy i przedmioty ortopedyczne dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, jest najbardziej utrudniony spośród wszystkich gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Główną przyczyną takiego stanu jest niski poziom finansowania, zarówno w stosunku do innych europejskich krajów, jak i w porównaniu z innymi rodzajami świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa. Podsumowując, świadczenie gwarantowane, jakim jest dostęp do sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, z formalnego punktu widzenia nie budzi zastrzeżeń. Mając na uwadze samą realizację świadczenia z perspektywy praktyki, pojawiają się jednak kolejne utrudnienia dla osób niepełnosprawnych, w postaci długiego czasu oczekiwania, często konieczności dofinansowania zakupu ze środków własnych, czy wreszcie limity na wyłącznie podstawowy sprzęt. Zatem czy niepełnosprawni, aby normalnie funkcjonować, oprócz barier architektonicznych, muszą pokonywać jeszcze bariery systemu ochrony zdrowia? Z perspektywy osoby zdrowej, wydaje się to niezwykle trudne.

Podsumowanie

Ostatnie pełne, choć wstępne dane, dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. Według wstępnych danych, liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła około 4,7 mln [3], co stanowi znaczny odsetek społeczeństwa polskiego. Spotyka się wśród nich te spełnione prywatnie, zawodowo, radzące sobie w życiu codziennym dobrze, a nawet bardzo dobrze funkcjonujące. Jednak w wielu przypadkach, dysfunkcja w zakresie układu kostno-stawowo-mięśniowego powoduje ograniczenia i wymaga wsparcia otoczenia oraz specjalistów. Często nieprawidłowe funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej spowodowane jest zaniedbaniem na etapie rehabilitacji podstawowej, której albo nie otrzymuje wcale, otrzymuje zbyt późno, albo nie jest ona rehabilitacją kom-

pleksową. Jak podaje Ossowski, w Polsce pierwszy systemowy program rehabilitacji pojawił się w 1969 r., gdy minister zdrowia i opieki społecznej uznał rehabilitację za integralną część leczenia. W wielu krajach na świecie niepełnosprawni nadal są pozostawieni samym sobie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dopiero w 1980 r. wprowadziła definicję niepełnosprawności społecznej, która oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby. Sytuacja ta w myśl WHO, wynika z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia takiemu człowiekowi wypełnianie ról związanych wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową [5].

Na podstawie doświadczenia zawodowego, pracy w sektorze medycznym, obserwacji oraz podstaw teoretycznych z zakresu prawa medycznego, warto podjąć próbę dokonania oceny regulacji prawnych. Wydaje się, że przepisy prawa związane z zaopatrzeniem w wyroby medyczne i przedmioty ortopedyczne dokładnie określają zakres świadczeń i wymagania, jakim świadczeniobiorca musi sprostać, aby uzyskać pomoc, i w rzeczy samej tak jest. Rozpatrując natomiast dostęp do tego typu świadczeń z praktycznego punktu widzenia, można wysunąć wniosek, że nie jest to rzecz łatwa. Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, o którym była mowa wcześniej, należy do koszyka świadczeń gwarantowanych, co jest pozytywnym aspektem dla świadczeniobiorcy. Nie sposób jednak nie zauważyć pewnych niedociągnięć i nieprawidłowości dotyczących tej kwestii. Otóż, pojawiające się nowelizacje ustawy regulującej zaopatrzenie w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, nie są w pełni korzystne dla niepełnosprawnych, a właściwie niewiele zmieniają.

Rehabilitacja podstawowa winna w końcowej fazie ukształtować człowieka mogącego funkcjonować samodzielnie w nowych realiach. Powinna przygotować go do pełnienia podstawowych ról społecznych. Do tego potrzebne są odpowiednie usługi świadczone przez specjalistyczną kadrę, oraz wyposażenie osoby niepełnosprawnej w pomoce, ułatwiające np. poruszanie się czy komunikację [5]. Biorąc pod uwagę fakt, że znaczna część społeczeństwa polskiego żyje na granicy ubóstwa, a choroba czy niepełnosprawność nie wybiera, nie trudno sobie wyobrazić poziom i jakość życia osoby niezdolnej, w dodatku z niepełnosprawnością. Zaopatrując się w wyroby medyczne czy sprzęt ortopedyczny można uzyskać dofinansowanie nawet do 100%, jednak w niektórych przypadkach wymagany jest wkład własny. W sytuacji, gdy osoba niepełnosprawna nie ma możliwości poniesienia jakichkolwiek kosztów zakupu sprzętu medycznego, które często są wymagane w ramach tzw. udziału własnego, musi prawdopodobnie z niego zrezygnować. Trudno jednak jest zrezygnować z czegoś, co umożliwia normalne funkcjonowanie na porządku dziennym w myśl szeroko rozumianej jakości życia.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na jeden aspekt związany z procesem rehabilitacji i co niejednokrotnie za tym idzie, zaopatrzeniem w środki i wyroby ortopedyczne.

Otóż zarówno proces chorobowy, wypadek czy uraz powodujący w konsekwencji niepełnosprawność, wymaga w zależności od jednostki chorobowej czy rodzaju urazu po etapie leczenia, procesu rehabilitacji. Ten element rekonwalescencji jest zwykle ściśle określony przez lekarza i precyzyjnie wykonywany przez fizjoterapeutę. Warto rozważyć możliwość wydłużenia czasu usprawniania pacjenta na rzecz ograniczenia konieczności korzystania przez niego ze sprzętu ortopedycznego. Nie chodzi o to, aby pacjent był intensywnie rehabilitowany i nie wymagał po etapie rehabilitacji zakupu niezbędnego do życia i prawidłowego, czyli samodzielnego funkcjonowania sprzętu ortopedycznego, bo ma do tego pełne prawo. Problem dotyczy tego, aby wydłużenie czasu usprawniania pacjenta zarówno po zabiegach operacyjnych, jak i po wypadkach, na tyle przynosiło dobre efekty, aby w jak najmniejszym zakresie pacjent wymagał korzystania ze środków pomocniczych i wyrobów medycznych, a co za tym idzie, pozostawał niezależny. Jest to działanie racjonalne, ponieważ przynosi korzyść głównie podmiotowi opieki – pacjentowi, który w większym stopniu pozostaje samodzielny, a jeśli proces rehabilitacji na tyle będzie dla niego skuteczny spowoduje, że nie będzie wymagał korzystania z drogiego sprzętu kompensującego jego dysfunkcję. Pomimo faktu, że mógłby uzyskać dofinansowanie na zakup sprzętu, możliwość swobody i największej samodzielności pozostaje sprawą bezprecedensową. Osoby niepełnosprawne od urodzenia, powinny być traktowane na nieco innych zasadach, w kontekście dostępu do wyrobów medycznych jak i sprzętu ortopedycznego, gdyż trudno zwykle w ich wypadku o takie efekty rehabilitacji, które mogłyby spowodować regres choroby, aczkolwiek i takie się zdarzają.

Zakres regulacji prawnych dotyczących zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące sprzętem ortopedycznym jest wystarczający, ale nieprecyzyjny. Można to stwierdzić na podstawie zapisów ustawy, które jasno określają sposób finansowania i uzyskiwania tego typu wyrobów, nie uwzględniają jednak różnych grup społecznych. Osoby z niepełnosprawnością od urodzenia i te z niepełnosprawnością nabytą, trudno jest umieścić w tej samej grupie, chociażby ze względu na proces rehabilitacji. Dzieci i osoby dorosłe także nie powinny być rozpatrywane z tej samej perspektywy. Osoby starsze i te w wieku produkcyjnym trudno jest również mierzyć tą samą miarą, ze względu na większe ograniczenia tych pierwszych. Ustawa o równych szansach dla osób niepełnosprawnych przede wszystkim zamyka koło ważnego ustawodawstwa umożliwiającego osobom niepełnosprawnym określenie i organizowanie ich życia oraz pomocy, którą uznają za niezbędną dla nich. Rozbudowa i dalszy rozwój prawnych, społecznych i politycznych warunków koniecznych, stanowi integralną część koncepcji, by realizować indywidualne samostanowienie w warunkach społecznej solidarności. Zdaniem Żuraw, działania związane z jednostką wiążą się z kształtowaniem lub przywracaniem poczucia sprawstwa, możliwości samorealizacji oraz pełnienia ról społecznych osobom, które

noszą skutki wad wrodzonych, nieszczęśliwych wypadków, chorób. Tak pojmowana rehabilitacja powinna mieć charakter systemowy, profesjonalny, kompleksowy, ciągły, wczesny i w większym stopniu ma uwzględniać aspekty promujące, aktywizujące, kreatywne aniżeli ochronne [13].

Wnioski

1. Możliwość wydłużenia czasu trwania rehabilitacji po przebytych wypadku, urazie czy chorobie do momentu, dopóki pacjent nie uzyska pewnego stopnia samodzielności, może zwiększyć koszty związane z procesem rehabilitacji, ale istnieje szansa, że pacjent będzie w znacznym stopniu niezależny i samodzielny, w związku z czym nie będzie wymagał zakupu drogiego sprzętu ortopedycznego.
2. Należy rozważyć zwiększenie nakładów finansowych z budżetu państwa na świadczenia związane z zaopatrzeniem w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny. Zwiększenie limitów dofinansowania do innowacyjnego sprzętu dla osób ze złożonymi dysfunkcjami, mogłoby poprawić bądź zapewnić im dobrą jakość życia, poprzez kompensację ograniczeń i możliwość podjęcia pracy.
3. W ramach funkcjonowania NFZ, PCPR, MCPR czy PFRON powinni być zatrudniani przedstawiciele osób niepełnosprawnych, którzy badałoby sytuację materialną danego pacjenta, a tym samym jego możliwości finansowe zakupu niezbędnych wyrobów medycznych czy sprzętu ortopedycznego, na tej podstawie stwierdzałoby również konieczność dofinansowania zakupu przez te instytucje oraz służyłoby pomocą od strony formalnej.
4. Warto rozważyć rozwiązanie pośrednie, które jest obecnie praktykowane, tj. wypożyczalnia sprzętu ortopedycznego, jednak z pewnymi modyfikacjami. W wypożyczalni powinien być dostępny również sprzęt drogi, dla osób ze skomplikowanymi dysfunkcjami. Wypożyczalnia pobierałaby kaucję za czasowe udostępnienie sprzętu w zależności od jego rodzaju i ceny, zaś osoba niepełnosprawna byłaby odpowiednio przeszkolona w zakresie jego obsługi przez pracownika wypożyczalni. Istnieje szansa, że po okresie rehabilitacji sprzęt ortopedyczny nie będzie potrzebny osobie niepełnosprawnej i wówczas należy go zwrócić, bądź pacjent przez ten czas pozyskał środki na zakup własnego sprzętu.

Bibliografia

1. Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.
2. http://www.mnd.pl/ulgi_podatkowe.htm [dostęp 16.04.2013].
3. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach/-/dane-demograficzne/> [dostęp 11.04.2013].

4. http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/sprzet-rehabilitacyjny-zdrozeje_285641.html [dostęp 16.04.2013].
5. Ossowski R., *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo WSP, Bydgoszcz 1999.
6. Przeździak B., *Zaopatrzenie rehabilitacyjne*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2003.
7. Radzik T., *Opieka nad osobami w starszym wieku i niesamodzielnymi w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, K. Wieczorowska-Tobis, E. Szałkiewicz, PZWL, Warszawa 2009.
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 861; z 2008 r. Nr 100, poz. 930; Nr 3, poz. 110.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki, Dz.U. Nr 276, poz. 2739, z późn. zm.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych, Dz.U. Nr 275, poz. 2732, z późn. zm.
11. Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.
12. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. (art. 2 ust. 1, art. 40).
13. Żuraw H., *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008.

Helena Kuberova¹, Maria Sidorova²

¹ Faculty of Health, Department of Medical Education,
Catholic University in Ruzomberok, Slovakia

² Central Military and University Hospital Ruzomberok, Slovakia

The role of nurses in palliative care and hospice

Rola pielęgniarek w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Streszczenie: Celem działania pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest podkreślenie roli pielęgniarek w terapii terminalnie chorych i umierających pacjentów w hospicjum. Pokazanie znaczenia i niezastąpionej roli pielęgniarek w zaspokajaniu potrzeb pacjentów. Badanie przeprowadzono w hospicjach w Czechach i na Słowacji wśród pielęgniarek pracujących z nieuleczalnie chorymi i umierającymi ludźmi. Analizowano wyniki uzyskane za pomocą kwestionariuszy, w których określono opinie i postawy pielęgniarek w opiece pielęgniarskiej pacjentów w terminalnej fazie choroby. Mimo, że badanie wykazało istotne różnice w zakresie dostępu do opieki hospicyjnej na Słowacji i w Czechach, można powiedzieć, że w każdym przypadku rola pielęgniarek w opiece nad śmiertelnie chorymi jest niezwykle ważna.

Słowa kluczowe: hospicjum, opieka paliatywna, terminalnie chory, opieka pielęgniarska

Summary: The role of nurses in palliative and hospice care is to highlight the role of nurses with the terminally ill and dying patients in hospice. To show the importance and irreplaceable role of nurses and meeting the needs of a patient. The survey was performed among nurses working with terminally ill and dying people in hospices in the Czech Republic and Slovakia. Obtained results were analysed by means of questionnaires, where there are opinions and attitudes of nurses in the nursing care of patients in the terminal stage of terminal illness. Although the survey shows significant differences in providing hospice care in Slovakia and the Czech Republic, we can conclude the same result, which is that the role of nurses in the case of care of terminally ill is extremely important.

Key words: hospice, palliative care, terminally ill, nursing care

Forms of palliative and hospice care in Slovakia

Palliation and hospice care is provided in various forms. The Ministry of Health of the Slovak Republic pursuant to paragraph 45 of Act No. 576/2004 Coll. on health care, services connected with the provision of health care and amending certain acts, as amended by Act No. 350/2005 Coll. issued by the concept of health care in palliative medicine, including hospice care. The Ministry of Health of the Slovak Republic pursuant to paragraph 45 paragraph of Act No. 576/2004 Coll. on health care, services connected with the provision of health care and amending certain acts, as amended by Act No. 350/2005 Coll. issued by the concept of health care in geriatrics. Ministry of Health of the Slovak Republic Act No. 770/2004 Coll. on

defining signs of types of health care facilities (paragraph 8 defines mobile hospice defined in paragraph 13 – bed hospice as a constitutional device). Regulation of the Government of the Slovak Republic No. 640/2008 Coll., Minimal Public Network of Health Care Providers. Slovak Association of Hospice and Palliative Care (Slovak A Ha PS) is a voluntary civic association of common or legal persons. Main aim of the association is to bring forth the spirit of Christian ideals in order to strive to alleviate human suffering of terminally ill and dying people and their families. Slovak Association of hospice and palliative care was founded in 2000 and in 2003 was renamed as the Association of Hospice and Palliative Care. Its members are individuals concerned with the ideas of palliative and hospice care. Functioning of hospices in Slovakia is related to financing, investment costs, and operation, ability and cooperation agreements with insurance companies, with the support of the state and its own business activities and various other contexts. Hospice funding model is largely based on the charitable activities without state participation. It is not sufficient to ensure optimal functioning of the hospice. The preferred way is multi-source financing, which includes sources from Health Insurance companies, the Ministry of Labour, Social Affairs and Family, and other resources, such as grants, business activities, sponsorship and others. However, it is not enough to cover the costs of treating the patient, and therefore each patient has to pay a certain amount of treatment himself.

In order to ensure dignity of a dying patient, we must respect the value of his priorities. We have to keep in mind his wishes and desires, we have to be able to understand and accept him, create conditions that could last particular period of his life in the company of his loved ones in a dignified and agreeable environment. The role of palliative and hospice care is not only to fulfill the individual requirements of a terminally ill patient; moreover it wants him to provide the highest possible comfort in the last moments of his life. The hospice care is divided into different time periods: period (Pray Fin) – taking care of the ill person and his family with the diagnosis of severe disease, beginning of a terminal state, it is a long phase which lasts for months or years, providing the form of home hospice care, period (in finem) – taking care of the ill and his family at the time of his final-stage, it is a relatively short period of time, when providing palliative care period (post finem) – Body Care deceased and survivors, as needed – individual [1].

Palliative and hospice care is provided to patients in several forms, from domestic, stationary to institutional care. Palliative medical care is provided to outpatients constitutionally. There may be public or private health facilities. We can say that palliative and hospice care are interrelated and provide the following forms: Palliative care – visiting service – mobile hospice, which “is an ideal form of care for the terminally ill and dying person, providing him the conditions to stabilize his health, disease symptoms are under the control. There is also formed a family background, while home care is available” [2].

There are two types of home hospice care – lay care – HOME HELP (includes family care, close care, neighbourhood assistance, care volunteers) – special type of care – Human Resources – HOME CARE (This type of care is complementary or substitutional non-professional care. The time of providing such care is determined by a physician. It is provided by means of social, medical and lay care, nurse or other member of the team who is to visit the sick two or three times a day, or, according to his needs). Outpatient palliative (hospice) care or so-called palliative medicine is given to the patients whose medical conditions require inpatient or home hospice care. These are partially or fully mobile patients. It is provided by means of professional interventions with the help of a physician, a psychologist, and a social worker. Stationary hospice care – day is also known as “semi-ambulant” care, in which person comes into the hospice in the morning and returns back home in the afternoon or in the evening. Taking care of the sick is restricted to a few hours (infusion, or other therapies). This care is provided in day hospitals – day hospices, which are usually partly a hospice and a palliative care system. There is provided a palliative therapy as a complex of social, psychological and even spiritual care [3].

This alternative is also utilized by families which need to recover. Inpatient palliative care is not granted unless the unfavourable health condition of the patient requires controlling the symptoms in progressive incurable disease in “preterminal” or terminal stage. Such care is carried out when the mentioned care cannot be fully provided in other departments or at home. In general, the patient provides free informed consent to the given palliative care under the rules of the mentioned issue [4]. Respite care is a part of the palliative care with its origin in England. Respite, which means easily released easier, is taking care of those who take care of the terminally ill person, especially family members. Its aim is to make the life easier for those who take care and it provides a room to “recharge the batteries and anew gain energy”. This is a change of environment, which allows mutual support and cooperation for the people who care for the terminally ill and, thus, to eliminate the effects of psychosocial burden of intensive palliative care. Inpatient hospice care is a kind of care which is used with such patients who cannot take the advantage of a stationary home hospice care. It is provided primarily in inpatient hospices. It is a secluded bed institution that provides specialist palliative care with particular patients in the final stage of their disease. There is also emphasis on individual needs and wishes of patients. Its aim is to create a pleasant environment in which patients could remain in a close relationship with the family and loved ones till their death [5].

The hospice consists of these parts – a chapel, terrace, garden, place of the eternal rest. It accepts the sick in the final stage who are expected to live no more than six months. The priority is to reduce pain of the ill, and to diminish physical, psychological and social suffering of a patient.

Care and communication with terminally ill patients and their families

If the patient is found in a terminal stage of the disease, it is difficult for all members of the team, but especially for nurses (not only from the physical but mostly from mental point of view) to provide nursing care in a hospice. Communication with the patient occupies very important part of nursing activities and comprehensive nursing care, which is carried out by the nurse [6]. "Good communication with patients is the further professional approach to the success" [7].

The main goal of such communication is to meet the needs and desires of the patient; to educate him about further examinations, rehabilitation and nursing activities. Then through the conversation, the nurse gives support for the sick and helps him to find solutions to difficult situations. Such communication with the medical staff in the hospice has a positive effect on the mental state of the patient. The nurse is in a contact with the patient who, at minimum, gives certain verbal and non-verbal signals that enrich the communication. However, sometimes the verbal communication is not deep and the patient has a problem in expressing his emotions and feelings. By Dobrikova-Porubcanova (2005), overall effect on communication and 50% involved the facial expressions and body movement further 40% are vocal and voice characteristics, and only 7% of communication resulting effect is the content of what we say [8]. The same expresses Krivohlava (2002): "Based on the experience of many it is clear that often what is expressed without words – an authentic friendly or partner stance is more important than what you say" [9].

Individual manifestations of non-verbal communication, such as facial expressions, haptics, gestures and others reflect the current physical, medical and emotional condition of patients. Gestures as such, but moreover some specific gestures, may indicate the veracity of the data, mental status, perception of oneself in relations, etc." Appearance and neatness is also essential in communication between a nurse and a patient. There is a need for adequate clothing, appearance and behaviour of the nurses, which patients evaluated as part of the quality of nursing care [10].

When providing care to a patient in the final-stage, we must remember that there are certain blockages in communication, which may be due to limitations of the senses (hearing or sight), motoric disorders of somatic damage. Communication is usually marked by strong emotion, message, great pain, huge exhaustion and other serious circumstances, what makes communication as such very difficult. These are communication barriers between patients and nurses. Naturally, there may be various other reasons for the patient not to communicate openly with the staff (he might be an introvert person; the nurse needs to gain trust from the patient). It is also difficult for nurses who might have fear to discuss serious topics, such as death and dying, incurable disease, or the lack of time for the patient. The environment plays also an important role because if it is noisy, without privacy, it all prevents honest and effective communication with the patient [11].

There are certain requirements for each nurse providing nursing care and communication with the patient in the terminal stages of the disease. It is important for the nurse to have the following specific characteristics, such as empathy, truth, concreteness, care and respect for the uniqueness of a person. The basis for successful communication with patients is therefore the art of careful listening of the patient, understanding the signals of nonverbal expressions [12].

Taking care of the terminally ill and dying patients includes also taking care of his relatives. Nurse gradually befriends the family members, relatives and friends of the ill person and through communication with them gains new information on how to assist in nursing care. The role of the nurse is also to try to involve them in the care system of the sick. Family of the terminally ill patient finds itself in a very difficult situation and needs to face various difficulties and problems. Behaviour and decisions have a great impact on the significant effect of how the patient responds. Relatives often do not allow the care of the seriously ill and dying family member for various reasons. There might be present a fear of losing a job, of unfavourable economic situation, of inadequate housing conditions (many family members live in the same apartment where there is not only one room reserved for the sick), of overloading of the nurse, lack of knowledge and experience in providing the nursing care. It is necessary to be familiar with the patients' family and their reasons for placing the sick relative into the hospice. Communication with the patients' family should be open and in friendly terms. It is important to understand the family and respect its cultural, religious, ethnic and other characteristics and habits. The place is also familiar with the various stages of the family of the dying person; it is always good for the person accompanying the patient to accept responsibilities during the terminal stage. Here, however, it is said that the family goes through these stages, because they also have to internally accept the disease and the patient's condition. It is important for the family members to deal with the imminent death of the relative in advance in order to help him to live the last moments of his life in peace and serenity. "Relatives stand in a distance from the bed of the patient, experiencing fear of looking at the dying person. They do not know how to communicate, they do not know what steps they can do not to cause harm to the patient. Therefore it is necessary to initiate the communication with the patient to help them to overcome barriers. If we observe elimination of these barriers, it is desirable for such moment and it ensures the respect of peace and privacy" [13].

Well prepared and cooperating family is finally capable to handle this ultimate situation with the sick and is of great support. The nurse needs to realize that working with the accompanying family can sometimes be more difficult than patient's care. Further it should be noted that a comprehensive care to the patients' death does not end but rather it is the beginning of a new care survivors. For some it is necessary to provide sincere support which is given immediately after the death of a relative, however others need more help and assistance. It is also needed an empathetic

approach, kind and encouraging words, pleasant conversation and heard a survivor. When caring for survivors, we have to understand that they can go through different stages in the grieving process and based on that express their emotions. Nurses need to listen and encourage them to overcome this situation, at times they need to encourage the family members to see a psychologist or psychiatrist. Cembova (2004) speaks of the phases of grieving families for deceased as follows: "Shock – that occurs when a patient's death happened suddenly and unexpectedly, protest – desire, anger, a person denies the loss of his loved one, disorganization – apathy, a person cannot live in an environment where the deceased lived or also died, reorganization – life returns to normal, the memories are less painful, relative accepts the death" [14].

Based on the personal experience, Svatosova (2001) writes: "To make a phone call, writes, invite, and visit. With the help of some volunteers, we organize regularly, several times a year, solemn entry for survivors; living books; with worship, with snacks and especially with the listening. In my opinion, it is quite important for those people who travel from one corner of the country to another" [15].

Opinion and attitude of nurses working in nursing care on patients in the terminal stage of illness

In the part of our work, which we dedicate to the survey, we have set the following exploratory issues:

What are the attitudes and experiences of nurses in providing the quality of life to terminally ill patients in hospices in Slovakia and the Czech Republic?

Are the nurses prepared in advance when working with the terminally ill people better in Slovakia or the Czech Republic?

Is the better nursing care nurses in providing the quality of life of patients with final-stage disease in hospices in Slovakia or the Czech Republic?

How do nurses perceive their role in taking care of the patient and his family in hospices in Slovakia and the Czech Republic?

Do nurses have different or the same personal values and attitudes toward the terminally ill person and his family in hospices in Slovakia and the Czech Republic?

In our work, we used the method of obtaining data by means of a questionnaire. It was anonymous, given to nurses who work with terminally ill patients and dying people. The questionnaire consisted of 7 closed, semi-open and 16 open questions. Our survey also included nurses who work in hospices, where they provide care for the terminally ill and dying patients. The first exploratory sample consisted of 45 nurses working in hospices in the Czech Republic. The second group consisted of

28 exploratory nurses working in hospices in Slovakia. Due to a little participation of nurses working in hospices in Slovakia, the questionnaire was given also to nurses in Palliative Department at Trstena Hospital (NH s P), Slovakia and nurses from stay ward department, teaching hospital in the castle of UVN, FN Ruzomberok, Slovakia.

The first exploratory group consisted of hospice nurses in the Czech Republic, which was 45: 6 nurses from the Hospice of St. Lazarus in Pilsen, 10 nurses from Hospice at Holy Hill in Olomouc, 7 nurses from the Hospice of the Good Shepherd in Cercany, 9 nurses from the Hospice of St. Jana N. Neumann in Prachatice, 8 nurses from the Hospice of St. Elizabeth in Brno, 5 nurses from Hospice "CITAD-ELA" in "Valasské Mezirici".

The second group consisted of a research nurse from a hospice unit for terminally ill in Slovakia. Out of these respondents, 42 nurses, were 3 nurses from Cell hospice "PLAMIENOK" in Bratislava, 9 nurses from Hospice – House of Peace in Bernadette in Nitra, 10 nurses from Hospice House of Mercy in Banska Bystrica, 5 nurses from Mercy Hospice nurses in palliative Trencin, 10 nurses from the department Trstena Hospital (HNsP), 5 nurses from stay ward department in the castle, UVN FN Ruzomberok, Slovakia.

Results

Question No. 1 – Do you consider yourself to be adequately prepared to work with dying patients?

Out of 42 respondents working in hospices in Slovakia on the question of whether the nurses are adequately prepared to work with dying patients 17 (40.5%) answered Yes, 19 (45.2%) partially, in the case of 6 respondents (14.3%) the answer is not marked. Out of 45 respondents from hospices in the Czech Republic we found 14 that (31.1%) were sufficiently prepared to work with the dying, 23(51.1%) partly and 8 (17.8%) answered No.

Question No. 2 – Do you spend sufficient time with dying patients when on duty?

The answer Yes, every moment I spend with dying patients identified 12 (28.6%) of the total number of respondents working in hospices in Slovakia and 7 respondents from hospices in the Czech Republic. 24 (57.1%) of respondents working in hospices in Slovakia and 33 (73.3%) of the respondents in the Czech Republic hospices answered that they do not always given enough time to the dying, depending on the workload. The answer is not, tried to be full service with dying patients identified 6 (14.3%) of respondents from the hospices of Slovakia and 5 (11.1%) of respondents hospices in hospices in the Czech Republic.

Question No. 3 – Is flexible time throughout the day devoted to administration and nursing records?

On this issued question, we were surprised how much the nurses spend daily executing nursing administration records. Out of the total number of respondents working in hospices in Slovakia, 13 (30.9%) respondents said 1–2 hours, 16 (38.2%) respondents spend 2–3 hours and 13 (30.9%) respondents spend 3 and more hours. Out of the respondents working in hospices in the Czech Republic, 25 (55.6%) said they spent 1–2 hours executing the administration of nursing records, 16 (35.5%) respondents said 2–3 hours and 4 (8.9%) respondents said and more hours.

Question No. 4 – How do you take care of patients in daily service on the department?

In this issue we investigated how many patients nurses take care of daily on the wards and hospices for the terminally ill. 3 (7.1%) of respondents replied that to 1–3 patients out of the total number in Slovak hospices. The answer is not marked by any of the respondents in the hospices in the Czech Republic. 3 (7.1%) of the respondents hospices in Slovakia said they take care of 4–5 patients and 1 (2.2%) respondent from hospices in the country. The following answer was marked by 17 (40.5%) of respondents in hospices in Slovak republic and 10 (22.2%) of respondents in the Czech Republic and hospices reported that takes care of 6–10 patients. 19 (45.3%) of respondents working in hospices in Slovakia answered that during the service they take care of more than 10 patients and 34 (75.6%) of respondents hospices in the Czech Republic

Question No. 5 – What are the needs of the patients in the terminal stage of the illness?

Respondents were asked to assess the needs of patients in the terminal stage of the illness. Out of the surveyed nurses working in hospices and hospices in Slovakia, in the Czech Republic none of the responds is for the biological needs. 1 (2.4%) of the hospice nurse in Slovakia identified psychological needs and 2 (4.4%) of the respondents hospices in the country. 3 (7.1%) of the respondents in hospices in Slovakia prefer social needs and 1 (2.2%) respondent from hospices in the country. Most of the respondents, 38 (90.5%) of the hospices in Slovakia and 42 (93.4%) working in hospices in the Czech Republic said that each patient has his important needs.

Question No. 6 – To what level do you provide patient relief and symptomatic treatments in your institution?

In question no. 6, we investigated to what level it is provided symptomatic pain relief to a patient in the terminal stage of the disease. Excellent response identified 13 (31.0%) of the respondents, very good 15 (35.7%), good 9 (23.8%), a sufficient level 2 (7.1%) and the level deemed insufficient pain relief and symptomatic treatment only 1 (2.4%) respondents out of the total number of 42 respondents working in hospices Slovakia. Respondents from hospices in the Czech Republic in

their response identified excellent level 10 (22.2%), very good 28 (62.2%), good 7 (15.6%), and the lack of a sufficient level was not identified by any of the respondents.

Question No. 7 – Do you monitor the pain of dying patients throughout the day?

In this question, the respondents were asked to answer whether they monitor the pain of the dying patient during the day. 31 (73.8%) of the respondents gave a positive answer, negative response 4 (9.5%), and no answer in the case of 7 (16.7%) of respondents working in hospices in Slovakia. Out of the total number of respondents working in hospices in the Czech Republic, 38 (84.4%) answered Yes, 3 No (6.7%), and 4 (8.9%) concluded that sometimes not.

Question No. 8 – How frequently do you fulfill the psychological needs of the dying patients?

To this question, 8 of the respondents think about how frequently they fulfill the psychological needs of the dying patient. The first option - caressing was identified in the case of 10 patients (23.8%), handshake 10 (23.8%), lovely smile 7 (16.7%) and others ("where the most common answers were"; "handshake and caress", "sitting on the bed of a patient and speaking to him/her". According to 12 nurses, there are 15 (35.7%) of respondents working in hospices in Slovakia. 17 (37.8%) of respondents working in hospices in the Czech Republic said that the most fulfilling psychological needs of the patient is caressing, handshake 13 (28.9%), lovely smile 7 (15.5%) and others, where, the most responses were "All three options" – as said by 8 (17.8%) of the respondents.

Question No. 9 – Do you see the importance of nonverbal communication when meeting the needs of the patient in the terminal stage of the disease?

To this question, 9 respondents subjectively rated the importance of nonverbal communication in meeting the needs of the patient in the terminal stage of the disease. 19 (45, 2%) of the respondents answered Yes, to great extent; 11 (26, 2%) said yes, but sometimes it is not enough, partially, depending on the stage of the patient as identified 8 (19,1%), no. 1 (2, 4%) and could not be expressed in 3 (7,1%) of the respondents working in hospices in Slovakia. Out of the total number of the respondents working in hospices in the Czech Republic, 27 (60,0%) answered yes, very big, 9 (20,0%) said yes, but sometimes it is not enough, 6 (13,3%) said partly, depending on the stage of the patient, no response is not marked by one respondent, and 4 (6,7%) were not able to express themselves.

Question No. 10 – How do you perceive the presence of family and loved ones at the bedside of terminally ill?

To this question, 10 respondents (nurses) remarked on the presence of family and loved ones at the bedside of terminally ill patients. Out of the total number of respondents working in hospices in Slovakia, 29 (69.0%) answered to be very

happy to welcome the presence of families and 20 (44.4%) of respondents hospices in the country. We were unable to identify 2 (4.4%) of the respondents working in hospices in the Czech Republic, but neither of the respondent from hospices in Slovakia. Proclaiming it as in individual case found 11 (26.2%) of respondents hospices in Slovakia and 19 (42.2%) of respondents hospices in the Czech Republic. Others answered identified 2 (%) of respondents working in hospices in Slovakia and 4 (9%) of respondents in hospices in the Czech Republic.

Question No. 11 – Do your patients usually die in your institution?

To this question, respondents subjectively rated as the facilities in which they work with the dying patients. Response in the presence of families identified 7 (16.7%) of the respondents working in hospices in Slovakia and 10 (22.2%) of the respondents working in hospices in the country; in the presence of 26 nursing staff (61.9%) of the respondents working in hospices in Slovakia and 21 (46.7%) of the respondents working in hospices in the Czech Republic. 3 (6.7%) of the respondents working in hospices in the Czech Republic said that patients die alone, the survey did not mark any of the respondents working in hospices in Slovakia. As a final alternative to others (where most of the respondents said that patients are dying even in the presence of family and nursing staff) said 9 (21.4%) of the respondents working in hospices in Slovakia and 11 (24.4%) of the respondents working in the hospices in the Czech Republic.

Question No. 12 – Does your institution strictly follow the visiting hours for the relatives?

We wondered whether the facilities for the terminally ill in hospices set visiting hours for relatives. Out of nurses working in hospices in the Slovakia, 3 (7.1%) state that visiting hours are defined (according to the nurses working in children's hospice "PLAMIENOK = FLAME"), but only 34 (81%) reported that family members can come at any time and 5 (11.9%) nurses from other institutions reported "that visiting hours are defined, but according to the agreement with the physician, family members can come at any time". All 45 (100%) of the respondents working in hospices in the Czech Republic reported that their institution is not set to follow the visiting hours, which means that relatives can come at any time throughout the day.

Question No. 13 – Does your institution cover also the spiritual needs of the patient?

To this question, we investigated whether the institutions providing care for terminally ill cover also the spiritual needs of the patient. Of the surveyed nurses working in hospices in Slovakia, 9 (21.4%) replied that their institution provides the persistent presence of the priest, and 27 (64.3%) are willing, at the request of the patient or relatives, to ensure the priest and 6 (14, 3%) of the respondents said as follows: "A priest visits our institution every Monday and Thursday and based on the request we can provide patient a priest at any time of the day".

Out of nurses working in hospices in the Czech Republic, 16 (35.6%) said that a priest is still present in their hospice, 27 (60.0%) can on the request of the patient and his family members ensure the priest and 3 (4.4 %) answered said: "Priest visits our institution once a week, but on the request of the patient we can call the priest come at any time".

Question No. 14 – Do you think that pastoral care (talk with a priest, distributing of Holy Communion, giving the Sacrament of Reconciliation, the sacrament of the Anointing of the Sick) is important for the dying patients?

Nurses subjectively confirmed the importance of pastoral care (talk with a priest, distributing of Holy Communion, giving the Sacrament of Reconciliation and the Sacrament of the Anointing of the Sick) to a dying patient. Out of the total number of the respondents working in hospices in Slovakia, 30 (71.4%) believe that it is important for the believer to have provided a pastoral. 7 (16.7%) of the respondents answered that it is partly important if the patient wants to die after receiving the Sacrament of Reconciled and 5 (11.9%) of the respondents were unable to make any comments. None of the nurses in the hospices in Slovakia indicated the answer; any of the unbelievers' did not need it. The nurses of hospices in the Czech Republic, 20 (44.4%) think that for the believer pastoral care is of a very high importance, 3 (6.7%) responded replied that it is partially important, if the patient wants to die reconciled with God, 14 (31,1%) of the respondents believe that unbelievers do not need it, and 8 (17.8%) of the respondents were unable to make any comments on the issue.

Question No. 15 – How do you react to manifestations of the patients' emotions and feelings, such as crying, anger, cry etc.?

Here we give specific statements of nurses working in hospices in the Czech Republic and Slovakia, which were identified in the questionnaire: "I try to stay calm and to calm down the patient verbally or just wait for him until he is open to be calmed down"; "I am with then the patient and try to discover what troubles him, I do it alone", "It depends on the situation, I try to help him humanly and professionally"; (mentioned 4) "I try to provide him social contact"; (with the family members, volunteers, staff), "I advise medical treatment", "I try to be sensitive, accept the patient and calm down his emotions", "having empathy", "yes, caressing, singing, praying", "caressing, verbal contact", "I always calm him down", "I encourage patients, through soothe and caressing "; "I try to be unemotional", "I prefer peaceful approach, allow the patient to express his emotions", "It is individual", "I prefer peaceful talks, caressing, hugs". "I try to be patient and engaged gracious approach to alleviate symptoms of emotion, sometimes it is better to listen and let the patient to express all that he is going through", "I try to react with a calm and quiet voice", "I try to listen to the patient and, if possible, help him to solve the current problem (consult with a doctor, psychologist, etc.)" "I prefer peaceful approach and

silent presence”; “I prefer conversing, medication, touch”, “I try to be calm”, “I reassure him that I sit beside him on the bed, listen to him”, “I try to react calm”, “I try to understand him and help him as I can”. “I respect him; I do not judge the patient’s symptoms”. For me, these are difficult situations; I try to accompany him the way it is best for him (in silence, nonverbal expressions...)”.

Question No. 16 – What is the level of nursing care in your institution?

To this question, the respondents were asked to subjectively express level the nursing care provided with the terminally ill in their institution. The survey sample of the respondents working in hospices in Slovakia considers only 16 (38.1%) to be excellent, 17 (40.5%) as very good, and 9 (21.4%) good. Out of nurses working in hospices in the Czech Republic, 24 (53.3%) said that nursing care in their institution is excellent, 19 (42.3%) as very good and 2 (4.4%) concluded it as well provided.

Question No. 17 – Do you try to learn about current during service and meeting the needs of the dying person?

Here we investigated whether the nurses try during the day to meet the current needs of the dying patient. Out of the surveyed nurses working in hospices in Slovakia, 29 (69.9%) was trying to meet the needs of the patient several times during the day; 5 (11.9%) answered partly, 8 (19.2%) nurses said that they try to cover the most important needs depending on the business of the time during each shift. The nurses in the hospices in the Czech Republic, 34 (75.6%) meets the requirements of the current patient several times during the shift, 6 (13.3%) covers only the most essential needs and response times, 5 (11.1 %) of the nurses said it depends on the length of the time they have.

Question No. 18 – Do you think the hospital environment (hospice) can decently provide for the dying patient?

In this matter, the nurse or institution (hospice) they work for can provide patient dignified dying. Out of the surveyed nurses working in hospices in Slovakia, 33 (78.6%) think that hospice provides the patient dignified dying at all times, 29 (64.5%) nurses of hospices in the country said it provides dignified dying. And 10 (22.2%) of the respondents from the Czech Republic and 5 (11.9%) of hospices in Slovakia think that hospice provide dignified dying, however, many times without the presence of family members. 4 (9.5%) of the respondents working in the hospices in Slovakia consider it to be partly performed and 6 (13.3%) of the respondents working in hospices in the Czech Republic.

Question No. 19 – Have you dealt with the issue of dying and death before entering this institution?

Nurses who responded on the survey said that they dealt with the issue of death and dying before accepting the position in the institution. Based on these facts, 36 (85.7%) of the nurses working in hospices in Slovakia said to reflected upon death and dying prior to the start of work and 31 (68.9%) nurses working in hospices in

the country. Negative response indicated 5 (11.9%) of the hospice nurses in Slovakia and 11 (24.4%) of hospice nurses in the country. 1 (2.4%) of the hospice nurse from Slovakia stated the answer 'other' and 3 (6.7%) nurses working in hospices Czech Republic mentioned concrete answers "I knew I would have to deal with it but I certainly did not know it would be so difficult", "I expected it, but the reality was somehow different than I had expected, but rather in a positive way", "I knew that I would have to deal with the death as such because I wanted to work in hospice, but I did not expect that it would have an impact on my personal life. I wanted to keep these problems at work, but I think about the problems also in my private life", "I never wondered about not considered and I had, they often cannot do it".

Question No. 20 – What do you feel when the patient dies during your shift?

To this question, nurses had to be subjective to express how they feel and what they experience when they are present of the death of the patient during their shift. Out of the total number of nurses working in hospice in Slovakia, 2 (4.8%) experience fear, 3 (7.1%) helplessness, 6 (14.3%) responsibility, also 6 (14.3%) experience sadness. 7 (16.7%) of the nurses consider it as part of life and 17 (40.5%) of the hospice nurses in Slovakia consider it as part of the work. Nurses working in hospice Czech Republic responded as follows: 1 (2.2%) felt fear, helplessness, 3 (6.7%) of the nurses are aware of the responsibility, 2 (4.4%), experience sadness, 8 (17.8%) think of their own death, and 2 (4.4%) replied that it is a part of their life reported 27 (60.0%) of the respondents. The last option 'other' was reported in the case of 2 (4.4%) of the hospice nurses in Czech Republic and 1 (2.4%) of the hospice nurses in Slovakia, specific answers were given by the nurses in the final resort as "respect for life", "sometimes anger, and compassion for those who mourn, and to relieve the suffering of the child was difficult", "deliverance to the patient, and I think his soul will be saved".

Question No. 21 – What helps you the most when working with dying patients?

Here we wanted to know what helps nurses best to manage their work with the dying people. Out of the surveyed sample, respondents working in hospices Slovakia, 15 (35.7%) indicated that faith in God helps them, 18 (42.8%) of the respondents said that it is collective and overall atmosphere of the institution that helps, 7 (16.7%) of nurses concluded it is the family and 2 (4.8%) indicated that the effort required to help them cope with "the idea that I have another useful". Nurses working in hospices in the Czech Republic responded as follows: 12 (26.7%) of the nurses said that it is faith in God that helps, 22 (48.9%) reported to be their assisted team and the overall atmosphere in their institution, 6 (13.3%) of the respondents stated to be family to help them to cope with demanding work and 5 (11.1%) of the respondents indicated that what helps them are "picnics, hobbies and friends", "husband and prayer", "relax with a book in the wild", "girlfriend and communication", "family and God".

Question No. 22 – Do you feel being fulfilled by the work in this institution?

Here we investigated the nursery job description in hospice. Out of the surveyed nurses from Hospices in Slovakia, 8 (19%) answered yes, working with the dying people always fills me, 31 (73.8%) of the respondents answered yes but find it sometimes difficult and 3 (7.1%) of the respondents said that their work does not satisfy them, they do not feel to handle it and find it mentally too difficult. Out of the interviewed nurses working in hospices in the Czech Republic, 19 (42.2%), which is almost half, feel happy and fulfilled working with the dying people, 20 (44.5%) of the respondents said yes but find it sometimes difficult. 4 (11.1%) of the hospice nurses working in Czech Republic said it is mentally too difficult and the feel the cannot make it, and 1 (2.2%) of the respondents wrote: "I cannot be objective because I have been working in the hospice for only a week".

Question No. 23 – It is difficult for you to work with the dying patients?

In the last question of the questionnaire, the nurses were asked to assess how they feel about working with the dying people. Out of the total number of respondents working in then hospices in Slovakia, 3 (7.1%) said physically difficult, 12 (26.7%) mentally, 24 (57.1%) of the respondents said they feel physically and mentally well, 2 (4.8%) of the respondents indicated working with the dying people to be difficult, and 1 (2.4%) of the respondents replied: "I am satisfied with the work, even though it is quite difficult". Respondents working in hospices in the Czech Republic responded as follows: 6 (13.3%) reported being never physically difficult, 15 (33.4%) concluded psychologically, 17 (37.8%) stated to be both physically and mentally well. 5 (11.1%) of the nurses working in hospices in the Czech Republic declared not to be difficult for them to provide such work, and 2 (4.4%) of the respondents said: "At the beginning it was mentally very difficult but now I feel different"; "I was very exhausted during my first year, now I can withstand the physical demands and it is faith in God that helps me mentally."

Discussion

After evaluation of the questionnaires given in the Czech Republic and Slovakia, we conclude the following facts which helped us to clarify the following questions to set out in the introductory part of the survey.

The first problem was focused on discovering the readiness of nurses pre-employment, which was the hospice department or terminally ill. The responses of nurses suggested that they were prepared for such work only partly, because of this option identified 19 (45.2%) nurses working in hospices in Slovakia and only 23 (51.1%) of hospice nurses in the Czech Republic. This finding shows the lack of vocational training for nurses in this area, which also emphasizes Nemcekova (2004),

which states that one of the most serious problems in the care of the terminally ill is a lack of professional training. Further, she stresses out that “professional training includes long-term, special education, including training, in order to obtain relevant knowledge” [16].

The question of whether the nurse pre-employment reflect upon the issues of dying and death, it is favourable that only 36 (85.7%) of the nurses in Slovakia was interested in this issue and 31 (68.9%) of the hospice nurses in the Czech Republic. Kelnarova, who conducted a survey in hospitals in Brno in 2005, considers to be positive the fact that 80% of nurses consider the issues of death and dying [17]. From this we conclude that it is important for the nurses to reflect upon these matters as it is considered to be necessary and it is Blumenhtal-Barby (1988) who states that” [18]. Only those who have been thinking about their own death and for hours learned how to incorporate into the understanding of yourself, can provide good care to the dying, and not only the minimal care for them”. From these findings we can conclude that the readiness of nurses to their profession in Slovakia is significantly different from the readiness of nurses working in hospices in the Czech Republic. In the next question we focused on the comparison of nursing care provided by nurses to patients in the terminal stage in hospices in Slovakia and the Czech Republic. In providing the quality of life to the terminally ill, it is essential for the nurses to perceive and satisfy all his needs. “In order to ensure patient quality of life, we need to know his needs...” [19].

Therefore, we asked nurses on the patients’ needs and prefers, and we found out that only 38 (90.4%) nurses working in hospices in Slovakia and 42 (93.4%) nurses working in hospices in the Czech Republic said – “Each patient has his importance needs”. This positive finding is consistent with what he writes, “Holistic care approach considers the psychological and spiritual needs as important as physical needs”.

In the following question we investigated whether the nurse is interested in the current needs of the patient during the day. 29 (69.9%) nurses working in hospices in Slovakia answered that several times during the shift they try to meet the needs of patient, and 34 (75.6%) of hospice nurses in the Czech Republic. This is a very positive finding, despite the fact that there are very high professional requirement on the work of the nurse. Nurses were also asked on the number of the patients they take care during their daily shift. 34 (75.6%) nurses in the Czech Republic take care of more than 10 patients; most of the Slovak nurses provide care to patients in 10 hospice institution or the department for the terminally ill. The survey results showed that, in Slovakia, nurses spend more time filling up the administrative and nursing records, which is about two or three hours and about two hours during a daily shift in the Czech Republic. Here we note that nurses working in hospices are overworked. This is confirmed by Hanzlikova (2002) who emphasizes that “the

work of the nurses who take care of the terminally ill and dying is very demanding, yet not socially appreciated" [20].

Nursing care, most nurses from both parts of survey assessed the excellent and very good as evidenced by the fact that only 33 (78.6%) of the respondents in Slovakia and 29 (64.5%) nurses from the Czech Republic found that hospice provides dignified dying. This positive finding is contrary to the survey conducted by Gulasova (2010) in a nursing home, where nurses were asked the questions "[21]. "Do you think that patients in the hospital die with dignity?" 73.33% of the respondents answered "definitely not". According to Susinkova (2009), "the role of nurses is, however, to help the patient to find the meaning of his life" (<http://www.viapractica.sk/index.php>). The author continues: "First of all, maintaining human dignity means not to allow the dying and suffering person an unbearable pain who stayed with the dying alone" Nursing care, most nurses from both parts of survey assessed the excellent and very good as stated by the fact that only 33 (78.6%) of respondents in Slovakia and 29 (64.5%) nurses in the Czech Republic found that hospice provide a dignified dying. This positive finding is contrary to the survey conducted by Gulasov (2010) in a nursing home, where the nurses were asked the following question. "Do you think that patients in the hospital die with dignity?" 73.33% of the respondents answered "definitely not". "The role of nurses is, however, to help the patient to find meaning of his life" [22].

In the next question we focused on the individual needs of the patient and the role of nurses in satisfying the needs of the patient. Hospice guarantees the sick that they will not suffer unbearable pain. Therefore, the question arouse among the nurses on what level they provide patients the pain relief and think to monitor the patient's pain during the day. We note that the management of pain management is on a higher level in the Czech Republic, where 10 (22.2%) of nurses consider the level of pain therapy to be excellent and up to 28 (62.2%) state the level of pain therapy to be very well.

Another positive outcome of the survey is that 38 (84.4%) of nurses in the Czech Republic always have in mind to monitor the pain of patients during their shift. Smolenova (2008) states that pain management is one of the major challenges of palliative medicine [23]. In comparison to the Hospice in the Czech Republic, some of the hospice nurses in Slovakia identified the level the pain therapy to be adequate, 31 (73.8%) of hospice nurses in Slovakia found the lack of monitoring the pain during the day, but only 7 (16.7%) only sometimes.

In the following question we wanted to discover how nurses meet the psychological needs of the patient. 17 (37.8%) nurses working in hospices in Slovakia replied "caressing the patient". The answer "other" chose nurses, with the addition of other options, i.e. caressing and shaking hand of the patient, nice smile identified the majority of respondents from 15 (35.7%) hospices in Slovakia. The importance

of nonverbal communication in meeting the needs of the patient identified 27 (60%) of nurses working in hospices in Czech Republic and 19 (45.2%) of nurses working in hospices in Slovakia. This finding is in accordance with the results of the survey, which was performed by Gulasova (2010) for nurses working in a nursing home, where only 90% of the respondents answered that the patient in the terminal phase of life makes meta communication signals (facial expression, gestures and facial expressions...) [24].

In this question, we focused on the social needs of the patient - the presence of the family members in hospice. Most of the nurses, 29 (69%) working in hospices in Slovakia stated to be delighted to welcome the presence of the family. However, it is interesting that this option shared only 20 (44.4%) of hospice nurses in Czech Republic, where 19 (42.2%) of the respondents stated it to be individual. All of the nurses answered yes and in the case of 83.33% of the respondents the answer was "always".

In the question no. 11, we tried to identify whether patients in hospices die alone. However, answer of the respondents in both surveys show that hospice patients die especially in the presence of nursing staff, which is stated by 26 (61.9%) nurses in Slovakia and 21 (46.7%) of nurses in the Czech Republic. We also inquired whether the hospices in Slovakia and the Czech Republic have visiting hours. We assumed that visiting hours are not defined by the responses of nurses; we learned that visiting hours are defined only in the children's mobile hospice PLAMIENOK (Flame), where nurses visited terminally ill children. Other hospices can be visited at any time during the day. The same fact states Vorlicek (2004), who emphasizes it to adapt to all terminally ill, to visit single rooms in order not to disturb anyone, therefore, to be open 24 hours a day, 365 days a year" [25].

In palliative and hospice care, there is great emphasis on the spiritual needs of the dying. Svatosova (2001) notes: "Priority needs varies in the course of the disease of the ill person. At the beginning, the focus of the ill person is on the primary biological needs, then, in the final stage there are the spiritual needs that are very important." It is always possible to have present one family member. Family may or may not participate in the care of the dying. Physical presence of a family member means great psychological support for the dying person" [26].

Therefore, our next two questions No. 13 and 14 related to the pastoral care. Respondents were asked how they cover the spiritual needs of the patient. Out of the total number of respondents working in hospices in Slovakia, 27 (64.3%) answered that at the request of the patient or family ensures priest. 27 (60%) of hospice nurses in the country reported the same answer. Question No. 14 inquired about the opinion of nurses on the pastoral care. 30 (71.4%) of hospice nurses in Slovakia and 20 (44.4%) of hospices in the Czech Republic found that it is for important for the believer to have provided the pastoral care. We asked a similar question the surveyed

nurses in the nursing home, as Gulasova, (2010), or use of the nursing pastoral approach to the patient. All nurses responded positively, 80% always used pastoral approach and 20% of the respondents said they provide it on the patient's request. Our survey showed an interesting result. We discovered that 14 (31.1%) of respondents from the Czech Republic found that non-believers do not need pastoral care. [27]

The last question of our research was focused on the personal attitudes of nurses. Our aim was to find out whether there are any differences between the nurses from the Czech Republic and Slovakia, who face suffering and death on daily basis. Nurses were asked on their feelings when they are present during the death of the patient. The most common response was sounded very professional, as respondents said: "It is part of life and also of my work." Such answer was given by 27 (60%) of the respondents working in hospice nurses in Czech Republic and 17 (40.5%) of the respondents in Slovakia. Other nurses stated experiencing sadness, helplessness, fear, and responsibility. Gulasova (2010) in her survey that was done among nurses working in a nursing home discovered similar results. The results show that 40% of surveyed nurses stated the need of keeping the professional distance. In question no. 21 we wanted to know what helps nurses working with dying people. [28] "What helps me best is the team and the overall atmosphere in our institution", as stated 22 (48.9%) of the nurses in the Czech Republic and 18 (42.8%) the nurses working in hospices in Slovakia. Among other things that help nurses to overcome difficult situation, the nurses stated the faith in God, family, friends, prayer, nature and reading books. Question no. 22 inquired about the fulfillment and job description of the nurses in hospice. 3 (7.1%) of hospice nurses from Slovakia and 4 (11.1%) of hospice nurses in the Czech Republic answered "No, it's mentally very demanding, I cannot perform it well". Based on the survey results we can conclude that the work of nurses fulfills the needs of dying people, although it is sometimes very demanding. In question 23, participants were asked whether working with dying people is demanding both physically and mentally. Replies of the nurses varied. Some of them identified working with the dying people to be physically demanding, others mentally. There were also those who state working with the dying people not demanding. Out of the total number of respondents in Slovakia, 24 (57.1%) of them considered working with the dying to be both mentally and physically demanding, 17 (37.8%) of the nurses working in hospices in the country claim the same. Dobrikova (2005) comments it in a similar way: "...The care of the dying person is often painful, physical demands on the nurses are extremely high, which also includes demands on their physical condition." She continues: "In this great profession there is present also psychological stress. We can say that the nurse is constantly found in the presence of changing of various strong emotions, there are constantly changing various kinds of situations, stress and responsibility of their work." [29].

Conclusions

Although the survey showed significant differences in providing hospice care in Slovakia and the Czech Republic, we can state the same, which is that the role of nurses in the terminally ill is extremely important. After discussing the topic and evaluation of the questionnaires we can conclude that it is necessary for nurses to attain specific education in order to develop expertise readiness for such a demanding work with dying patients, which often helps them cope with their personal experience. To increase the quality and humanity, it is proper for nurses who work in palliative and hospice care to provide participation in various conferences and seminars relating to their subject of terminally ill and palliative care. In the future, it is advisable for the hospice care to create conditions for dignified dying of the patient and in a special way focus the attention on the mobile hospice programs that help busy family members to provide care for terminally ill and in order not to lose one's work.

References

1. Vorlíček J., Adam Z., Pospíšilová Y. a kol., *Paliativní medicína*, 2. prepracované a doplnené, Grada Publishing, Praha 2004.
2. Gulasová I., *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*, Osveta, Martin 2009.
3. Dobříková-Porubčanová a kol., *Nevyléčitelné choroby v súčasnosti: význam paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd., Spolok Svätého Vojtecha, Trnava 2005.
4. Kalanin P., *Zaklady paliatívnej starostlivosti v geriatrickej praxi*, PF KU, Ruzomberok 2008.
5. Slama O., Kabelka I., Vorlíček J. a kol., *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Galen, Praha 2007.
6. Michalková I., Simončíková S., *Uskalia komunikácie s geriatrickým pacientom*, Sestra a lekár v praxi 2006, V, 11–12, 38–39.
7. Gulasová I., *Komunikácia s pacientom pri paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*, Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis slovenskej lekárskej spoločnosti 2008, XIV, 4, 177–179.
8. Dobříková-Porubčanová P. a kol., *Nevyléčitelné choroby v súčasnosti: Význam paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd., Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2005.
9. Krivohlavý J., *Psychologie nemoci*, 1. vyd., Grada Publishing, Praha 2002.
10. Moravíková E., *Evalvačné prejavy v komunikácii sestra – pacient*, Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti 2006, XII, 1, 47–49.
11. Venglarová M., *Problematické situácie v péči o seniory: Priručka pre zdravotníckych a sociálnych pracovníkov*, 1. vyd., Grada Publishing, Praha 2007.

12. Gulasova I., *Eticke aspekty komunikacie vo vzťahu pacient – sestra*, Revue ošetrovateľstva, socialnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti 2006, XII, 3, 123–127.
13. Smolenova L. a kol., *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd., TUT, Trnava 2008.
14. Cembova M., *Pomoc choremu a jeho rodine pri sprevádzaní v rámci finále života*, Ošetrovateľstvo a porodná asistancia 2004, 2, 6, 7–10.
15. Svatosova M., *Hospic umenie sprevádzať*, 1. vyd., Luc, Bratislava 2001.
16. Nemcekova M. a kol., *Práva pacientov: Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*, Osveta, Martin 2004.
17. Kelnarova J., *K problematice umírání a smrti z pohledu sester*, Ošetrovateľský obzor 2006, III, 3, 77–81.
18. Blumenthal-Barby K. a kol., *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, 1. vyd., Osveta, Martin 1988.
19. Dobrikova-Porubcanova P. a kol., *Nevyliečiteľné choroby v súčasnosti: Význam paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd., Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2005.
20. Hanzlikova A. a kol., *Uloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*, 1. vyd., Univerzita Komenského, Bratislava 2002.
21. Gulasova I. a kol., *Individuálny psychologický prístup sestier k umierajúcemu pacientovi – prieskum*, [in:] *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva, bioetiky a vojenského zdravotníctva*, Verbum, Ružomberok 2010.
22. Susinkova J., *Paliatívna starostlivosť – cesta k zachovaniu kvality a dôstojnosti života umierajúcich*, Paliatívna medicína a liečba bolesti, [online] 2009, 2, 1, www.viapractica.sk/index.php.
23. Smolenová L. a kol., *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*, 1. vyd., TUT, Trnava 2008.
24. Gulasova I., *Komunikácia s pacientom pri paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*, Revue ošetrovateľstva, socialnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti 2008, XIV, 4, 177–179.
25. Vorlíček J., Adam Z., Pospíšilová Y. a kol., *Paliatívni medicína*, 2. prepracované a doplnené vyd., Grada Publishing, Praha 2004.
26. Svatosova M., *Hospic umenie sprevádzať*, 1. vyd., Luc, Bratislava 2001.
27. Gulasova I., *Komunikácia s pacientom pri paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*, Revue ošetrovateľstva, socialnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti 2008, XIV, 4, 177–179.
28. Gulasova I., *Komunikácia s pacientom pri paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*, Revue ošetrovateľstva, socialnej práce a laboratorných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti 2008, XIV, 4, 177–179.
29. Dobrikova-Porubcanova P. a kol., *Nevyliečiteľné choroby v súčasnosti: Význam Paliatívnej Starostlivosti*, 1. vyd., Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2005.

Urszula Romanowska, Dorota Lizak

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Samoocena przygotowania absolwentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego kierunku pielęgniarstwo, do wykonywania zawodu pielęgniarki – badania pilotażowe

Abstract: Assessment of the preparation degree of a person for a particular profession should be one of the basic elements of education. Evaluation should be an integral part of the education process, because on the basis of the assessment can be conducted evaluation the quality of education as to determine the degree of assimilation of knowledge and the acquisition of various skills by the students. The aim of this study was to investigate the motives of choice the study of graduates the Nursing Faculty of the Krakow University, learn about their career plans and the evaluation of the quality of education for the nursing faculty. The study included 31 graduates of nursing at the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University. The method of the study was a diagnostic survey, as the technique was used original survey questionnaire. The obtained results have shown that students in both treatment groups evaluate their professional preparation acquired during their studies in Krakow University (KA AFM) as good or very good. The main motive for the selection of studies by students, was the desire to help others people and the ability to get a good job. The vast majority of graduates plan to study nursing of second degree studies. The desire to help others people and the ability to get a good profession were the main reasons for graduate nursing to choosing this field of study. The vast majority of respondents assess their professional preparation as good or very good. The vast majority of respondents declared to continue to study nursing in the second degree studies.

Keywords: nurse, education, professional preparation

Wprowadzenie

We współczesnej opiece nad zdrowiem, zmierzającej do zapewnienia człowiekowi coraz lepszej pomocy w osiąganiu optymalnego stanu zdrowia, pielęgniarstwo staje się znaczącą dziedziną [21]. Stopniowo wzrasta uznanie dla pielęgniarstwa polskiego nie tylko jako wyodrębnionej działalności praktycznej, lecz również jako odrębnej dyscypliny naukowej [26]. Pielęgniarstwo jest dziedziną, w zakresie której na przestrzeni lat zaszły znaczące zmiany. Efektem tych zmian jest zarówno poszerzenie znaczenia pielęgniarstwa i roli zawodowej jego adeptów, zmiana systemu kształcenia pielęgniarek, jak i zwiększenie zakresu ich zadań i uprawnień. Współ-

czesne pielęgniarstwo to dziedzina, która wciąż rozwija się w sposób dynamiczny na pograniczu dyscyplin humanistycznych. Osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa, powinny posiadać szereg kompetencji praktyczno-merytorycznych oraz kompetencji społecznych, aby efektywnie realizować swoje zadania zawodowe.

Regulacje prawne dotyczące zawodu pielęgniarstwa można podzielić na powszechne i wewnętrzne. Powszechnym aktem prawnym regulującym kwestie wykonywania zawodu jest przede wszystkim ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej z 15 lipca 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) [23], która zastąpiła dotychczas obowiązującą ustawę z 5 lipca 1996 r. Wewnętrznym aktem prawnym dotyczącym grupy zawodowej pielęgniarek jest „Kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej” [13]. Dokumenty te precyzują zarówno obowiązki i zasady wykonywania zawodu pielęgniarstwa, formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, jak i określają sposób postępowania i wykonywania zawodu z etycznego punktu widzenia. W przyrzeczeniu „Kodeksu”, wskazany jest obowiązek sprawowania profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim oraz obowiązek systematycznego doskonalenia swoich umiejętności i zgłębiania wiedzy. W części ogólnej kodeksu podkreśla się znaczenie świadomego i dobrowolnego podejmowania profesjonalnych działań na rzecz podopiecznych, zaś część szczegółowa nakazuje udzielanie opieki zgodnie z obowiązującymi standardami, uczestnictwo w rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie i ustawiczną edukację.

W przypadku nauki zawodu pielęgniarstwa, od 2003 r. obowiązuje w Polsce dwustopniowy system kształcenia wyższego: I stopień – umożliwiający uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa oraz I -stopień – uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa. Powyższe tytuły zawodowe można uzyskać w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, zarówno na uczelniach państwowych, jak i niepaństwowych. Przed wprowadzeniem dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek (przed 2003 r.) możliwe było uzyskanie tytułu zawodowego dyplomowanej pielęgniarki poprzez ukończenie:

- 5-letniego liceum medycznego,
- 2-letniej medycznej szkoły zawodowej kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa,
- 2,5-letniej medycznej szkoły zawodowej kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa,
- 3-letniej medycznej szkoły zawodowej kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa.

Obecnie kształcenie w zawodach pielęgniarstwa i położnej odbywa się wyłącznie na poziomie wyższych studiów zawodowych, w oparciu między innymi o standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. Nr 106, poz. 631) [19]. Zgodnie z rozporządzeniem, studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, w tym 2420 godzin powinno stanowić kształcenie teo-

retyczne (w zakresie nauk podstawowych – 480 godzin, nauk społecznych z językiem angielskim – 480 godzin, nauk w zakresie podstaw opieki pielęgniarstwa – 600 godzin i nauk w zakresie opieki specjalistycznej – 860) oraz 2300 godzin kształcenie praktyczne, obejmujące zajęcia praktyczne w liczbie 1100 godzin i praktyki zawodowe w liczbie 1200 godzin. Studia mają profil praktyczny. Kierunek studiów mieści się w ramach kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. Student w toku studiów powinien zdobyć nie mniej niż 180 punktów ECTS. Studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo powinny trwać nie krócej niż 4 semestry. Liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300. Student w toku studiów powinien zdobyć nie mniej niż 120 punktów ECTS. Dyplom licencjata i/lub magistra pielęgniarstwa może uzyskać absolwent odpowiednich studiów (pierwszego lub drugiego stopnia) na kierunku pielęgniarstwo, który w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych osiągnął efekty kształcenia określone w załączniku nr 4 powyższego rozporządzenia. Szczegółowe wymagania dotyczące kształcenia pielęgniarów w zakresie sposobu realizacji programu kształcenia; kadry prowadzącej kształcenie; bazy dydaktycznej, w tym służącej kształceniu klinicznemu; posiadania wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarów i położnych (Dz.U. z 28 sierpnia 2012 r., poz. 970) [18]. Zasady prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo regulują również przepisy wspomnianej wcześniej ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarów i położnych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów pielęgniarów i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarów i położnych (Dz.U. z 6 lipca 2012 r., poz. 770) [17] oraz Ustawa z 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.) [17, 23, 24]. Kierunek pielęgniarstwo zaliczony został do studiów w zakresie zawodów regulowanych, dlatego programy studiów na kierunku pielęgniarstwo muszą uwzględniać również aktualne wymagania dotyczące kształcenia pielęgniarów wynikające z Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu i Rady Europy z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.U. UE, L.05.255.22) [6]. Zgodnie z nią, dyplomy ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo są honorowane w krajach Unii Europejskiej.

Wykonując zadania zawodowe, pielęgniarka jest również zobligowana do poszerzenia swoich kompetencji na drodze doskonalenia zawodowego. Dzięki doskonaleniu zawodowemu, pielęgniarka zdobywa kwalifikacje uprawniające ją do wykonywania określonych czynności. Szkolenie specjalizacyjne (zwane w ustawie specjalizacją), kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, kursy doszkalające to różne formy doskonalenia zawodowego. Witczak wskazuje na fakt, że na mocy

ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, pielęgniarka, podobnie jak lekarz, może wykonywać indywidualną lub grupową praktykę, po uzyskaniu zezwolenia właściwej okręgowej izby pielęgniarskiej. Pielęgniarka ma również prawo do doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego oraz prawo do używania tytułu np. specjalisty, po odbyciu przeszkolenia i złożenia egzaminu państwowego [25].

Działania ewaluacyjne, które powinny stanowić jeden z modułów poszczególnych etapów toku kształcenia, ale również jego element końcowy, stanowią istotną informację zwrotną zarówno dla absolwenta, jak i dla nauczyciela, ponieważ są pewnego rodzaju miernikiem efektywności procesu edukacyjnego. W kształceniu na kierunku pielęgniarstwo jest to racjonalnie uzasadnione i praktykowane, ponieważ umiejętność wykonywania określonych czynności pielęgniarских zgodnie ze standardami, mając na uwadze dobro pacjenta oraz dobro własne, stanowi istotę zawodu. Nie chodzi jednak o sprawdzanie kompetencji czy predyspozycji do wykonywania wyłącznie zawodu pielęgniarki – wydaje się zasadne takie postępowanie w przypadku kształcenia profesjonalistów wykonujących zawody mające w znacznej mierze komponentę praktyczną, jak np. lekarz, pielęgniarka, dietetyk, kosmetyk, gdzie odbiorcami działań profesjonalistów są inni ludzie, i to zwykle w sposób bezpośredni. Dzieje się tak ze względu na fakt, że człowiek żyjący w dzisiejszym świecie potrzebuje wsparcia i opieki profesjonalistów ochrony zdrowia, bez względu na to, czy sam posiada wiedzę medyczną, czy też nie. Partycypowanie w pielęgnowaniu zdrowia innych ludzi, świadomość i odpowiedzialność za podejmowane działania, powinny stanowić esencję wykonywania tego zawodu. Będąc członkiem zespołu terapeutycznego i aktywnie uczestnicząc w każdym z etapów opieki nad pacjentem, sprawą priorytetową powinno być przede wszystkim zdrowie podmiotu opieki, który niejednokrotnie oddając się pod opiekę pielęgniarki-profesjonalistki, powierza jej swoje zdrowie i życie. Każdy sukces terapeutyczny, w którym współuczestniczy pielęgniarka, działania edukacyjne, które przyniosły określony skutek i spowodowały zmianę stylu życia pacjenta na prozdrowotny, powinny motywować do dalszego działania, a zarazem stanowić osobisty, mały sukces zawodowy.

Cel badań

1. Poznanie motywów wyboru kierunku studiów przez absolwentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii im Andrzeja Frycza Modrzewskiego.
2. Samoocena absolwentów w kontekście przygotowania do wykonywania zawodu pielęgniarki.
3. Poznanie planów zawodowych oraz planów dotyczących dalszego kształcenia absolwentów.

Materiał i metoda

Badaniami objęto łącznie 31 absolwentów kierunku pielęgniarstwo Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Badania miały charakter źródłowy oraz wstępny, tj. badaną grupę stanowili pierwsi absolwenci kierunku pielęgniarstwo, zarówno studiów stacjonarnych, jak i niestacjonarnych. Liczebność grupy można uzasadnić pilotażowym projektem (pierwszą edycją) studiów pielęgniarstkich w Krakowskiej Akademii. Ankietyzacja służyła wstępnej ocenie zarówno jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, jak i przygotowania absolwentów do realizowania zadań zawodowych, a także poznania planu ich dalszego rozwoju zawodowego. Pierwszą grupę badanych stanowiły absolwentki studiów stacjonarnych I stopnia (sześćsemestralnych), które ukończyły studia w roku akademickim 2011/2012 w semestrze letnim. Drugą – absolwenci studiów niestacjonarnych (siedmiosemestralnych), którzy ukończyli studia w roku akademickim 2012/2013 w semestrze zimowym. Badane grupy stanowiły 100% pierwszych absolwentów studiów stacjonarnych I stopnia (sześćsemestralnych) i niestacjonarnych I stopnia (siedmiosemestralnych). W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, składający się z pytań charakteryzujących grupę badaną oraz pytań zasadniczych. Pytania zasadnicze dotyczyły: motywów wyboru kierunku studiów, oceny przygotowania studentów do wykonywania zawodu pielęgniarki, jak również wybranych (reprezentatywnych) zadań zawodowych, planów studentów dotyczących podjęcia pracy w zawodzie oraz planów związanych z kontynuacją dalszego kształcenia. Badania przeprowadzono w czerwcu 2012 r. w I grupie oraz w lutym 2013 r. w II grupie. Wypełnienie ankiety było dobrowolne i anonimowe.

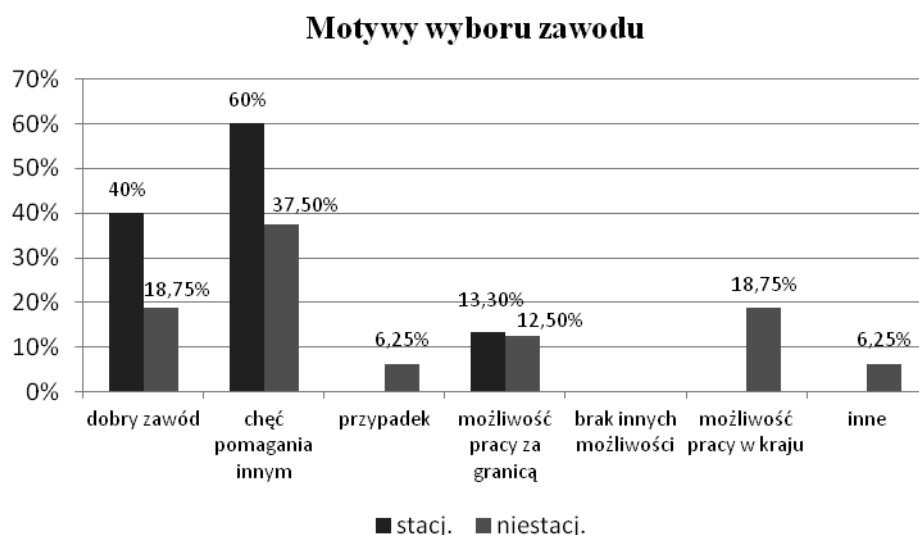
Wyniki i analiza badań

Tabela 1. Cechy demograficzne badanej grupy

Lp.	Cechy demograficzne	Kategorie	I grupa		II grupa	
			Liczba badanych [n]	Odsetek [%]	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]
	Płeć	kobieta	15	100	15	93,75
		mężczyzna	-	-	1	6,25
Razem			15	100%	16	100
	Wiek	22–25 lat	12	80	3	18,75
		26–30 lat	2	13,3	4	25
		powyżej 30 lat	1	6,7	8	50
		brak odpowiedzi	0	-	1	6,25
Razem			15	100%	16	100%

Kobiety stanowiły zdecydowaną większość badanych 96,8% ($n = 30$). Mężczyźni stanowili zaledwie 3,2% ogółu badanych. Zdecydowana większość I grupy (80%) znajdowała się w przedziale wiekowym 22–25 lat, 13,3% w przedziale 26–30 lat oraz 6,7% powyżej 30 lat. Połowę II grupy stanowili studenci powyżej 30 roku życia, jedną czwartą badani w przedziale wiekowym 26–30 lat, natomiast w przedziale wiekowym 22–25 lat znajdowała się najmniej liczna grupa – 18,75%. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi w zakresie metryczki.

Wykres 1. Motywy podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo



Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Respondenci mieli za zadanie określić motywy, którymi kierowali się podejmując studia. Badani mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi. Dla ponad połowy (60%) studentów z I grupy, motywem wyboru studiów pielęgniarstwa była chęć pomagania innym, dla 40% zdobycie dobrego, poszukiwanego zawodu, dodatkowo dla 13,3% możliwość pracy w zawodzie za granicą. Motywy wyboru kierunku studiów przez studentów II grupy były bardziej zróżnicowane. Około dwie piąte (37,5%) osób kierowało się przy wyborze kierunku studiów chęcią pomagania innym, 18,75% możliwością zdobycia dobrego zawodu, tak samo liczna grupa (18,75%) kierowała się możliwością podjęcia pracy w zawodzie w kraju, 12,5% możliwością podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki za granicą, natomiast 6,25% ($n = 1$) studentów podjęło studia na kierunku pielęgniarstwo z przypadku.

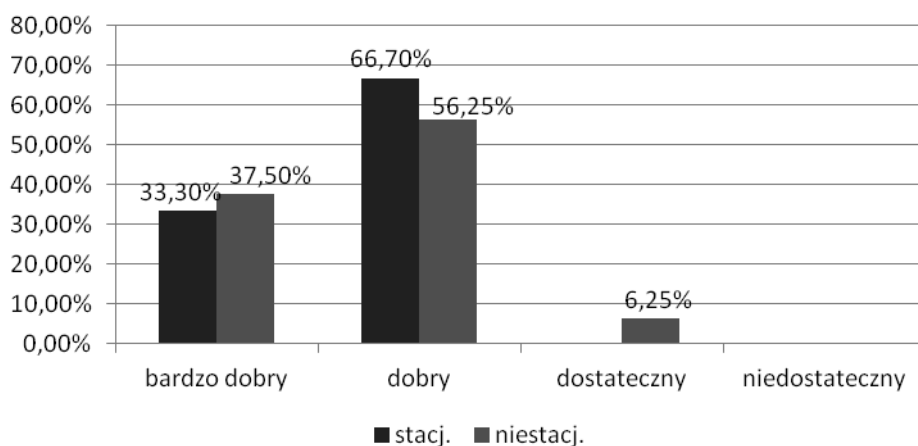
Tabela 2. Opinie badanych dotyczące poszerzenia zainteresowań zawodem

Lp.	Czy studia poszerzyły Pani/Pana zainteresowanie zawodem?	I grupa		II grupa	
		Liczba badanych [n]	odsetek [%]	liczba osób [n]	odsetek [%]
	Tak	15	100	16	100
	Nie, dlaczego?	-	-	-	-
Razem		15	100%	16	100%

Odbyte studia na kierunku pielęgniarstwo poszerzyły zainteresowania zawodem wśród wszystkich respondentów (100%, zarówno z I, jak i z II grupy).

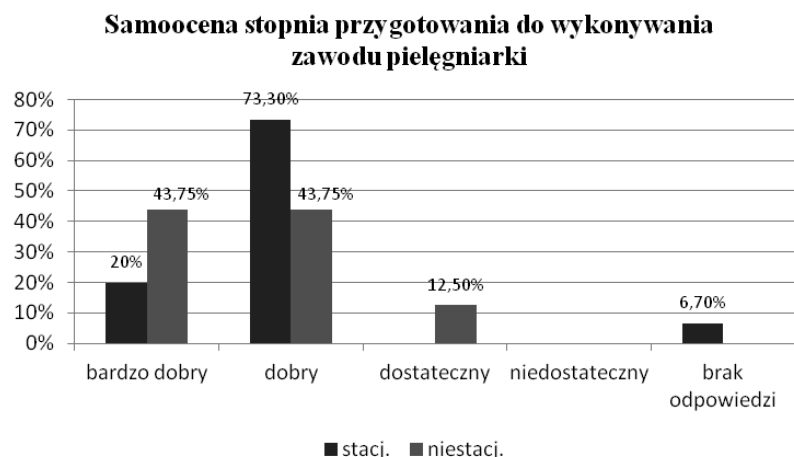
Wykres 2. Ocena efektów kształcenia na kierunku pielęgniarstwo pod kątem przygotowania do zawodu pielęgniarki

Program studiów a stopień przygotowania do wykonywania zawodu pielęgniarki



Większość badanych (66,7% z I grupy, a 56,25% z II grupy) uważa, że ukończone studia w Krakowskiej Akademii, przygotowują do pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza w stopniu dobrym, jedna trzecia (33,3%) z I grupy i 37,5% z II grupy uważa, że w stopniu bardzo dobrym. Zaledwie 6,25% (n = 1) studentów z drugiej grupy uważa, że studia przygotowują do zawodu w stopniu dostatecznym.

Wykres 3. Samoocena przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu pielęgniarki



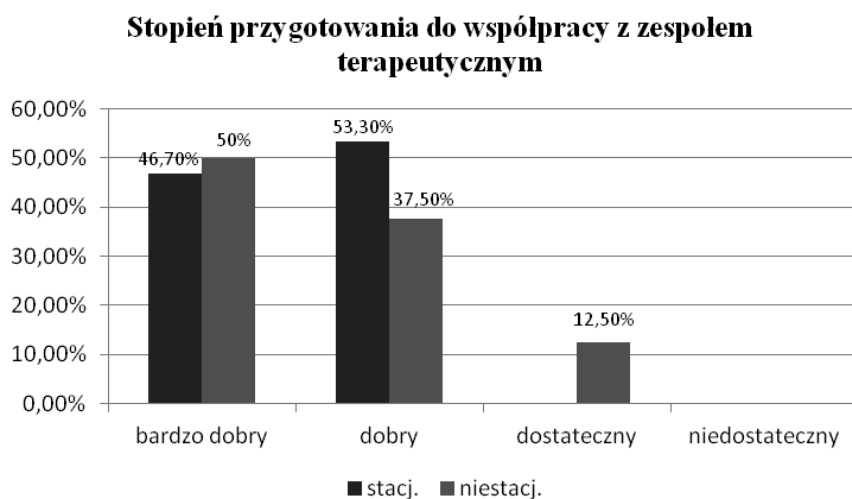
Znaczna część ankietowanych z I grupy (73,3%) sądzi, że jest w dobrym stopniu przygotowana do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza, jedna piąta (20%) uznała, że w stopniu bardzo dobrym, 6,7% nie udzieliło odpowiedzi. W II grupie 43,75% studentów uważało, że jest bardzo dobrze przygotowana do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, taka sama część grupy (43,75%) uznała, że w stopniu dobrym, 12,5% w stopniu dostatecznym.

Wykres 4. Ocena przygotowania absolwentów do komunikowania się z pacjentem



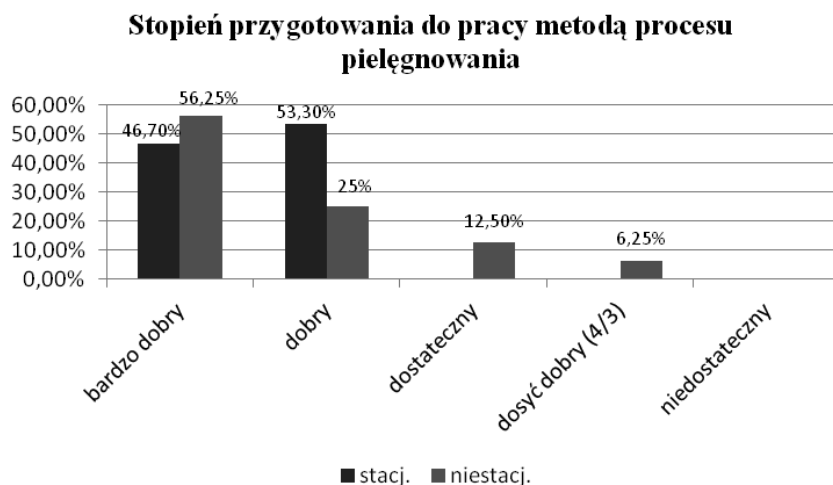
Samoocena badanych studentów dotyczyła również przygotowania do poszczególnych zadań zawodowych. Ankietowani z I grupy najwyżej ocenili przygotowanie do komunikowania się z pacjentem. Zdecydowana większość 86,7% badanych uważa, że jest bardzo dobrze przygotowana do komunikowania się z pacjentem, 13,3% określiło swoje przygotowanie jako dobre. Nieco słabiej przygotowanie do komunikowania się z pacjentem ocenili studenci z II grupy. Większość grupy (56,25%) uznała, że jest przygotowana w stopniu dobrym, zaś pozostała część grupy (43,75%) twierdzi, że w stopniu bardzo dobrym została przygotowana do komunikowania się z pacjentem.

Wykres 5. Ocena przygotowania absolwentów do współpracy z zespołem terapeutycznym



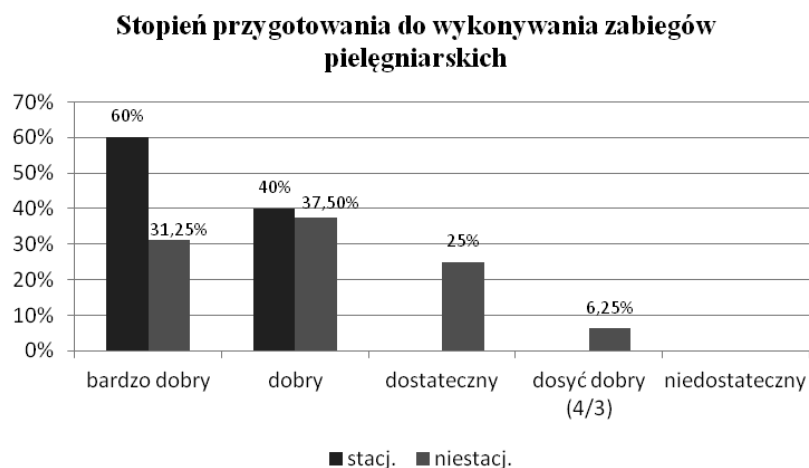
Przygotowanie do komunikowania się z zespołem terapeutycznym i podejmowania współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia chorym profesjonalnej opieki, zostało ocenione przez ponad połowę badanych z I grupy (53,3%) i przez połowę (50%) II grupy jako dobre. W stopniu bardzo dobrym przygotowanie oceniło 46,7% studentów z I grupy oraz 37,5% z II grupy. W stopniu dostatecznym przygotowanie zostało ocenione przez 12,5% osób z II grupy.

Wykres 6. Ocena przygotowania absolwentów do procesu pielęgnowania



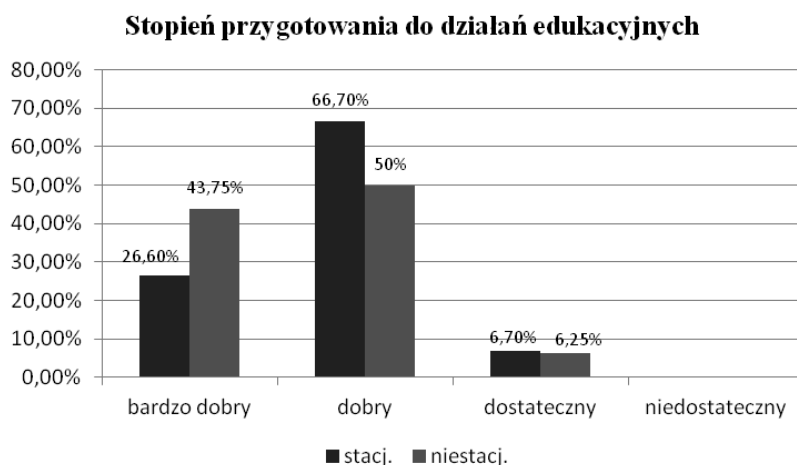
Podobnie przedstawia się samoocena badanych z I grupy dotycząca przygotowania do pielęgnowania. Ponad połowa badanych (53,3%) oceniła swoje przygotowanie jako dobre, 46,7% jako bardzo dobre. Studenci z II grupy w większości (56,25%) ocenili jako bardzo dobre, jedna czwarta badanych (25%) jako dobre, 6,24% jako dosyć dobre i 12,5% jako dostateczne.

Wykres 7. Ocena stopnia przygotowania absolwentów do wykonywania zabiegów pielęgniarских



Respondenci I grupy w większości (60%) uważali, że do wykonywania zabiegów pielęgnarskich zgodnie z procedurami są przygotowani bardzo dobrze, 40% twierdziło, że dobrze. Wykonywanie zabiegów pielęgnarskich zgodnie z procedurami na nieco niższym poziomie, ocenili studenci II grupy. Za ledwie 31,25% badanych oceniło przygotowanie jako bardzo dobre, 37,5% jako dobre, 6,25% jako dość dobre i aż jedna czwarta (25%) jako dostateczne.

Wykres 8. Ocena stopnia przygotowania absolwentów do działań edukacyjnych



Przygotowanie do edukowania chorych i promowania prozdrowotnego stylu życia zostało ocenione przez dwie trzecie ankietowanych (66,7%) z I grupy i przez połowę (50%) II grupy jako dobre. Jako bardzo dobre przygotowanie oceniło 26,6% studentów z I grupy i 43,7% z II grupy. Pozostała część studentów (6,7% I grupy i 6,25% II grupy) oceniła swoje przygotowanie jako dostateczne.

Tabela 3. Ocena przydatności zdobytej wiedzy do wykonywania zawodu pielęgniarstwa

Lp.	Czy wiedza, którą zdobyła/zdobył Pani/Pan w czasie studiów jest Pani/Pana zdaniem wystarczająca do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarstwa i samodzielnego wykonywania zawodu?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek %	liczba osób [n]	odsetek %
	Tak	15	100	15	93,75%
	Nie	-	-	1	6,25%
Razem		15	100%	16	100%

Według 100% studentów I grupy i 93,75% studentów II grupy, zdobyta wiedza w czasie studiów jest wystarczająca do podjęcia przez nich pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara i samodzielnego wykonywania zawodu. Zaledwie 6,25% (n = 1) studentów z II grupy jest odmiennego zdania.

Tabela 4. Ocena przydatności zdobytych umiejętności zawodowych do wykonywania zawodu pielęgniarki

Lp.	Czy umiejętności praktyczne, które zdobyła/zdobył Pani/Pan w czasie studiów Pani/Pana zdaniem są wystarczające do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara i samodzielnego wykonywania zawodu?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek [%]	liczba osób [n]	odsetek [%]
	Tak	15	100	14	87,5
	Nie	-	-	2	12,5
Razem		15	100%	16	100%

Zdaniem wszystkich respondentów reprezentujących I grupę oraz znacznej części studentów II grupy (87,5%), umiejętności praktyczne zdobyte w czasie studiów są wystarczające do podjęcia przez nich pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara i samodzielnego wykonywania zawodu. Niepokojąca jest samoocena 12,5% (n = 2) studentów II grupy, którzy stwierdzili, że umiejętności praktyczne zdobyte w czasie studiów są niewystarczające do podjęcia przez nich pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara i samodzielnego wykonywania zawodu.

Tabela 5. Deklaracje badanych dotyczące podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki

Lp.	Czy planuje Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek [%]	liczba osób [n]	odsetek [%]
	Tak	15	100	16	100
	Nie	-	-	-	-
Razem		15	100%	16	100%

Tabela 6. Deklaracja badanych dotycząca wyboru miejsca pracy

Lp.	Gdzie planuje Pani/Pan podjąć pracę?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek [%]	liczba osób [n]	odsetek [%]
	W kraju	13	86,7	12	75
	Za granicą (proszę wymienić kraj i charakter pracy)	2	13,3	3	18,75
	W kraju lub za granicą	-	--	1	6,25
Razem		15	100%	16	100%

Respondenci zarówno z I, jak i z II grupy w 100% deklarują podjęcie pracy w zawodzie.

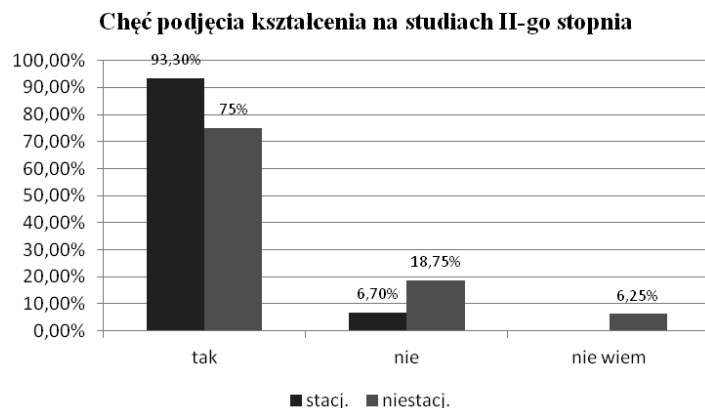
Ankietowani w zdecydowanej większości (86,7%) zarówno z I grupy, oraz trzy czwarte (75%) z II grupy, zadeklarowali podjęcie pracy w kraju. Za granicą planuje podjąć pracę 13,3% z I grupy (w tym (n = 1) w USA i 6,7% (n = 1) w Austrii), a z II grupy 18,75% (z czego 6,25% w Niemczech, 6,25% w Anglii lub Austrii, 6,25% nie wymieniło kraju, w którym chciałoby pracować), ponadto 6,25% (n = 1) z II grupy chce podjąć pracę w kraju lub za granicą.

Tabela 7. Preferowany oddział przy podejmowaniu pracy

Lp.	W jakim oddziale chciałaby/chciałby Pani/ Pan podjąć pracę?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek [%]	liczba osób [n]	odsetek [%]
	Chirurgicznym	7	46,7	6	37,5
	Pediatrycznym	-	-	1	6,25
	Internistycznym	4	26,6	4	25
	Chirurgicznym lub internistycznym			1	6,25
	SOR	1	6,7	-	-
	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	3	20	2	12,5
	Onkologicznym			1	6,25
	Psychiatrycznym			1	6,25
	Razem	15	100%	16	100%

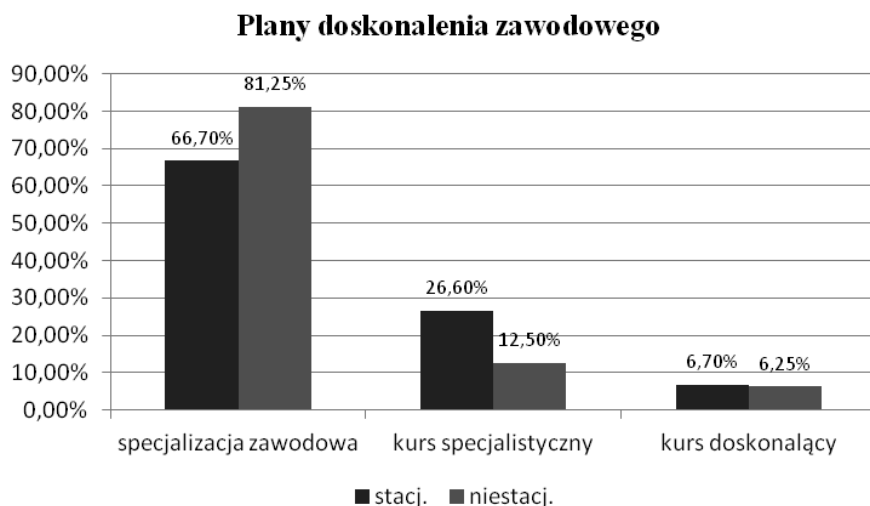
Prawie połowa badanych studentów (46,7%) z I grupy oraz 37,5% z II grupy najchętniej podjęłaby pracę w oddziale chirurgicznym oraz w oddziale internistycznym, 26,7% z I grupy i jedna czwarta (25%) z drugiej grupy. Pozostałe osoby wyraziły chęć podjęcia pracy w innych oddziałach (tab. 6).

Wykres 9. Deklaracje badanych dotyczące kształcenia na studiach pielęgnarskich II stopnia



Prawie wszyscy respondenci z I grupy (93,3%) oraz trzy czwarte (75%) z II grupy planowali kontynuować kształcenie na studiach pielęgniarstwie II stopnia. Dalszego kształcenia na kierunku pielęgniarstwo nie zamierzało kontynuować zaledwie 6,75% (n = 1) z I grupy i 18,75% (n = 3) z II grupy, zaś 6,25% (n = 1) z II grupy nie podjęła jeszcze decyzji.

Wykres 10. Planowane formy doskonalenia zawodowego



Ankietowani wykazali zainteresowanie również innymi formami doskonalenia zawodowego. Większość badanych (66,7% z I grupy i 81,25% z II grupy) chciałoby kontynuować doskonalenie zawodowe w ramach specjalizacji zawodowej, 26,6% z I grupy i 12,5% z II na kursach specjalistycznych, pozostała część osób z I i II grupy na kursach doskonalących.

Tabela 8. Deklaracje badanych dotyczące ponownego wyboru kierunku studiów

Lp.	Jeśli miałyby/miałby Pani/Pan powtórnie wybierać kierunek studiów czy wybrałyby/wybrałby Pani/Pan pielęgniarstwo?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek %	liczba osób [n]	odsetek %
	Tak	15	100	16	100
	Nie (jeśli nie, to dlaczego?)	-		-	-
Razem		15	100%	16	100%

Pocieszający jest fakt, że badana grupa studentów, zarówno z I jak i z II grupy (100%), deklaruje ponowny wybór studiów pielęgniarstwie jako kierunku wybieranego z chęcią i ze względu na dobre perspektywy zatrudnienia.

Tabela 9. Deklaracje badanych dotyczące rekomendacji kierunku pielęgniarstwo

Lp.	Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan pielęgniarstwo jako kierunek studiów innym osobom?	I grupa		II grupa	
		liczba osób [n]	odsetek %	liczba osób [n]	odsetek %
	Tak	14	93,3	16	100
	Nie	1	6,7	-	-
Razem		15	100%	16	100%

Zdecydowana większość badanych (93,3%) z I grupy i 100% z II grupy poleciłaby innym osobom studiowanie pielęgniarstwa, jedynie 6,7% studentów z I grupy nie poleciłoby swoim znajomym tego kierunku studiów.

Dyskusja

Od zarania dziejów człowiek podejmował pewne czynności związane z utrzymaniem zdrowia i życia, ale były to działania instynktowne. Rozwój cywilizacyjny spowodował wyodrębnienie się nauk medycznych, a co za tym idzie, zawodów z nimi związanych [15]. Zawód pielęgniarki obecnie to profesja, która wymaga od jego przedstawicieli nie tylko bardzo dobrego warsztatu, a w związku z tym zdolności manualnych, przygotowania merytorycznego, tj. wiedzy ogólnej na temat procesów warunkujących zdrowie i chorobę, ale również wiedzy szczegółowej niemal z każdej dziedziny medycyny. Knowles i wsp. zwracają uwagę na całościowe rozumienie wykonywanego zawodu, które polega na integralnym postrzeganiu siebie jako pracownika wykonującego obowiązki, ale również jako osoby wchodzącej w nową rolę społeczną. Taki ogląd pozwala nowemu pracownikowi łączyć wiedzę merytoryczną, umiejętności i sprawności w spójną całość, która decydować będzie o osiągniętych wynikach [12].

Obecność przy pacjencie jest istotnym elementem pracy pielęgniarki i w pewnym stopniu wyznacznikiem procesu terapeutycznego. Uczestnictwo w procesie terapeutycznym nie zawsze musi jednak polegać na wykonywaniu często złożonych czynności pielęgniarstkich, gdyż czasem wystarczy sama obecność przy chorym, najogólniej rzecz ujmując samo "bycie". Uśmiech czy zwykłe "dziękuję" jako formy wdzięczności ze strony pacjenta za okazaną pomoc i życzliwe podejście, stanowią wyjątkową nagrodę za trud i wysiłek związany z wykonywaniem zawodu i są formą wzmocnienia pozytywnego. Niematerialny wymiar wdzięczności okazywanej przez jednego człowieka drugiemu człowiekowi – w tym wypadku w relacji pacjent–pielęgniarka sprawia, że pielęgniarka czuje się potrzebna, doceniona oraz powoduje, że z czasem może utwierdzić się w przekonaniu, iż podjęła słuszną decyzję, dokonując takiego wyboru zawodu.

Oprócz przygotowania praktyczno-merytorycznego, jakie uzyskuje się w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, nie sposób pominąć umiejętności komunikowania się i empatii. Dla współczesnego pielęgniarstwa zagadnienie komunikacji interpersonalnej to szczególnie temat. Pomimo to, że komunikowanie się jest niemal od zawsze związane z pielęgniarstwem, dopiero od kilku lat znajduje się w programach kształcenia i doskonalenia pielęgniarek, realizowanych na różnych poziomach kształcenia. Komunikacja interpersonalna lub inaczej relacja interpersonalna, to najogólniej stosunek, jaki zachodzi pomiędzy dwiema stronami: pielęgowaną (podmiot opieki) a pielęgnującą (pielęgniarka) [7]. Człowiek, który ze względu na istniejące wątpliwości co do stanu zdrowia, jego załamania lub z powodu choroby decyduje się na pobyt w szpitalu lub akceptuje taką decyzję, staje przed sytuacją, którą od dawna w psychologii określa się jako trudną poznawczo i emocjonalnie. Jest to faktycznie sytuacja trudna, ponieważ nie wynika z fizjologicznego funkcjonowania człowieka tj. z jego życia i codziennego bytowania, ale z jego okresowej dysfunkcji, jaką jest choroba [8].

W naukach społecznych mianem “profesja” określa się te zawody, które wymagają długotrwałego przygotowania, zwykle ukończenia studiów wyższych, a często również odbycia stażu zawodowego, bądź znaczną część kształcenia stanowią zajęcia praktyczne i/lub praktyki zawodowe. Profesje powstają w określonym celu. W pielęgniarstwie celem jest utrzymanie zdrowia. Powstanie pielęgniarstwa jako zawodu zapoczątkowało proces profesjonalizacji. Należy dodać, że w charakteryzowaniu profesjonalistów wskazuje się na wysoki poziom ich sprawności, specjalistycznej wiedzy oraz umiejętności. Wymienia się podstawowe atrybuty, które charakteryzują pielęgniarstwo jako profesję, a należą do nich:

- opracowanie wielkiego modelu pielęgniarstwa,
- możliwość uzyskania tytułu zawodowego licencjata/magistra pielęgniarstwa,
- zrzeszanie się w samorządzie zawodowym (członkostwo w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych jest warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu),
- posiadanie “Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej”,
- zapewnienie edukacji na poziomie akademickim, umożliwiającej zdobywanie wysokich kompetencji oraz ich doskonalenie,
- osiągnięcie poziomu profesji i jej utrzymanie na wysokim poziomie.

Profesjonalizm określa wysoki standard usług, jednak profesjonalizacja to proces, w którym grupa zawodowa musi dążyć do pogłębiania wiedzy [10, 16].

Szereg różnych cech charakteru wynikających z osobowości danego człowieka oraz określone predyspozycje z pewnością będą pomocne podczas wykonywania obowiązków zawodowych na stanowisku pielęgniarki. Dodatkowo zdolność przewidywania, obserwowania i wnioskowania, jak również radzenie sobie w sytuacjach nietypowych, bywa bardzo przydatne w pracy pielęgniarki, ponieważ nie zawsze

istnieją okoliczności czy sytuacje, które pozwalają na zastosowanie określonego standardu postępowania. Proces kształcenia, w toku którego osoba edukowana zdobywa określony zasób wiedzy, umiejętności oraz wykształca pewne postawy, nadaje określone kompetencje, które umożliwiają wypełnianie obowiązków zawodowych. Charzyńska-Gula podkreśla, że działania pielęgniarские w zakresie promocji zdrowia to najczęściej fragment „większej całości”, element jakiegoś dużego programu skierowanego do określonego odbiorcy. Pielęgniarka jest jednym z wielu członków „koalicji na rzecz zdrowia”, często bardzo ważnym. Umiejętność dostrzeżenia innych członków tej koalicji i nawiązania z nimi współpracy to standardowy element aktywności pielęgniarki w zakresie promocji zdrowia i jednocześnie jeden z warunków optymalnie realizowanego procesu pielęgnowania [3]. Tradycja ograniczania się jedynie do pełnienia funkcji terapeutycznych uniemożliwia włączenie ochrony zdrowia do działań promujących zdrowie. Zgodnie bowiem z ideą promocji zdrowia, służby medyczne powinny umieć reagować na różne potrzeby zdrowotne pacjentów i ich rodzin, nie tylko te związane z leczeniem określonych dolegliwości. Reorientacja ochrony zdrowia dla jego promocji wymaga dokonania zmian zarówno w profilu szkolenia kadr medycznych i paramedycznych, jak i znaczących przemian instytucjonalnych [1].

W drodze doskonalenia zawodowego pielęgniarka ma obowiązek poszerzania swoich kompetencji, tj. zdobycia kwalifikacji uprawniających ją do wykonywania określonych czynności. Pielęgniarka z szerokim i gruntownym zakresem wiedzy, w wyższym stopniu wpływa na jakość i efektywność pracy [22]. Konieczna jest znajomość przepisów prawa oraz obowiązków regulujących wykonywanie określonych zawodów, gdyż znajomość aktów prawnych jest ważnym aspektem w każdej profesji, zatem również w zawodzie pielęgniarki [11]. Nieznajomość przepisów prawa nie usprawiedliwia w przypadku popełnienia błędu i nie może stanowić uzasadnienia, którego celem jest uniknięcie odpowiedzialności.

Wybór pielęgniarstwa jako zawodu wymaga poważnego namysłu. Zapewnienie troskliwej pomocy pielęgniarskiej w sprawach zdrowia i życia tym, którzy jej potrzebują, ma bowiem ogromne znaczenie społeczne i może dawać wiele okazji do poczucia zadowolenia i satysfakcji. Poza tymi, którzy tego wyboru dokonali, stawia jednak także wiele trudnych zadań. Od pielęgniarki wymaga się nie tylko wiedzy i sprawności technicznych, ale także twórczości, innowacyjności, złożonej refleksyjności, świadomości siebie – swoich mocnych i słabych stron; poznawania i rozumienia człowieka i jego potrzeb; twórczej wyobraźni; ciągłej gotowości do świadczenia różnorodnej pomocy. W poczynaniach tych powinna dominować etyczna zasada osiągania dobra przez tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc [16]. Zdaniem Dobrowolskiej i Wrońskiej [5], pielęgniarstwo jako jedno z najważniejszych ogniw systemu ochrony zdrowia, podlega obecnie wielu zmianom, które determinowane są wieloma czynnikami, spośród których wymieniły najważniejsze tj.:

- wzrastająca liczba osób starszych z wieloma zdrowotnymi problemami i niesprawnościami,
- rosnąca liczba osób wykazujących emocjonalne i psychiczne niedomagania,
- styl życia, który sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych,
- pojawienie się problemów społecznych mających wpływ na utrzymanie zdrowia,
- wzrastająca liczba chorób nowotworowych,
- wzrost problemów związanych z zaburzeniami w zakresie funkcjonowania układu krążenia i przemiany materii, również u osób młodych.

Obecnie profesjonalizm, samodzielność oraz szeroki zakres kompetencji wypierają służebną rolę pielęgniarek, która była podstawą wykonywania zawodu przez wiele lat. Pielęgniarstwo ulega przemianom głównie dlatego, że pacjenci stają przed nowymi problemami zdrowotnymi, są coraz bardziej wykształceni i świadomi własnych praw, zmienia się zakres świadczonej opieki.

Według raportu Centrum Badań Opinii Społecznej z 2009 r., pielęgniarka znajduje się na czwartym miejscu w rankingu prestiżu zawodów – według 77% badanych pielęgniarki cieszą się dużym poważaniem wśród społeczeństwa [2, 14]. Badanie motywów wyboru określonego zawodu przez konkretne osoby czy grupy jest praktykowane i prowadzone z różnych przyczyn. Jedną z nich jest w pewnym sensie poznanie obrazu badanej grupy, gdyż na podstawie uzyskanych odpowiedzi i ich analizie, taki obraz można uzyskać. Inną zapewne przyczyną jest określenie cech, którymi dana osoba czy grupa dysponuje, pod kątem przydatności do wykonywania konkretnej profesji. Jeszcze innym powodem realizacji takich badań jest uzyskanie informacji zwrotnej, na temat jakości procesu kształcenia, wprowadzenia ewentualnych modyfikacji czy wreszcie konieczności kształcenia poszczególnych grup zawodowych. Podobne badania do wyżej opisywanych, prowadzili również inni badacze. Dobrowolska opisuje wyniki własnych badań dotyczących motywów wyboru zawodu pielęgniarki. Podobnie jak w wynikach uzyskanych przez autorki niniejszej publikacji, nadrzędnym motywem wyboru zawodu była potrzeba/chęć pomagania innym [4]. Analogiczne badania przeprowadziła m.in. Sobczak i uzyskała identyczne wyniki [20]. W badaniach ankietowani wskazywali również na możliwość uzyskania dobrego zawodu, pracy w kraju i za granicą, realizowanie marzenia z dzieciństwa a nawet wskazywali na dokonanie przypadkowego wyboru zawodu.

Pomimo, że obecny system kształcenia pielęgniarek daje prawo wykonywania zawodu po ukończeniu trzyletnich studiów licencjackich, to współczesne środowisko pielęgniarstwa podejmuje trud dalszego kształcenia, zarówno w przypadku uzupełniającej formy kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, jak i na studiach magisterskich oraz podyplomowych [15]. Kamińska w swoich badaniach podkreśla, że ankietowani podjęli proces dalszego kształcenia, ponieważ najczęstszym powodem

podjęcia studiów była chęć zdobycia wiedzy, doświadczenia i poszerzenia horyzon-
tów. Ten motyw do podjęcia dalszej nauki wśród pielęgniarek jest ukazany również
w innych badaniach [9].

Problem starzenia się społeczeństwa i choroby cywilizacyjne powodują, że ist-
nieje coraz więcej biorców działań opiekuńczych, w tym przede wszystkim działań
profesjonalnych, a więc pielęgniarских. W tej sytuacji pojawia się swoisty dysonans
wynikający z dysproporcji biorców i dawców opieki, co wynika po pierwsze z po-
wyższych uwarunkowań, a po drugie ze zmniejszającej się liczby kandydatów na
studia pielęgniarские. Warto zatem zastanowić się nad formą zachęty i promocji
potencjalnych kandydatów na studia pielęgniarские, do wybrania tego właśnie kie-
runku. Nie leży to wyłącznie w gestii władz uczelni, ale w znacznej mierze dyrekcji
placówek ochrony zdrowia zatrudniających absolwentów i przede wszystkim de-
cydentów na szczeblu państwowym. Nietrudno wyobrazić sobie perspektywiczną
sytuację, w której polski pacjent jest pozostawiony bez profesjonalnej opieki lub ze
względów oszczędnościowych opieka sprawowana przez jedną pielęgniarkę w sto-
sunku do kilkudziesięciu pacjentów nie może być i nigdy nie będzie opieką efektyw-
ną, ze względu na ilość realizowanych działań pielęgniarских.

Przedstawione wyniki nie mogą stanowić ogólnej oceny motywów wyboru za-
wodu pielęgniarки. Są one jedynie niewielkim wycinkiem badań przeprowadzonych
na określonej, niereprezentatywnej grupie pielęgniarek, bezpośrednio po ukończe-
niu studiów, a przed rozpoczęciem pracy zawodowej, pracy trudnej, niezwykle od-
powiedzialnej a zarazem kiepsko wynagradzanej. Uzyskane wyniki stanowią rów-
nież powód do dyskusji na temat kształcenia, perspektyw zatrudnienia, obowiązków
czy gratyfikacji finansowej polskiej pielęgniarки, a także są pewnego rodzaju zachętą
do rozszerzenia zasięgu takich badań bądź ich kontynuacji. Można zatem przyjąć,
że chęć pomagania drugiemu człowiekowi oraz stabilna pozycja społeczna w kon-
tekście wykonywanego zawodu, stanowią jeden z istotnych komponentów decyzyj-
nych, warunkujących wybór zawodu i pracę na stanowisku pielęgniarки. Z drugiej
zaś strony, czy wyłącznie satysfakcją wynikającą z wykonywanej pracy można reali-
zować swoje podstawowe potrzeby? Wydaje się to nierealne z racjonalnego i prag-
matycznego punktu widzenia. Zatem wykonywanie zawodu z pasją i satysfakcją
z pracy zawodowej to jedno, zaś realia codziennego życia – drugie.

Wnioski

1. Głównym motywem wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo przez stu-
dentów I grupy była chęć pomagania innym i możliwość zdobycia dobrego za-
wodu.

2. Zdecydowana większość badanych uważa, że studia w KA AFM na kierunku pielęgniarstwo, przygotowują do pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara w stopniu dobrym lub bardzo dobrym.
3. Badani studenci w większości ocenili swoje przygotowanie (zdobyte w czasie studiów) do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara jako dobre i bardzo dobre.
4. Przygotowanie do zadań zawodowych, takich jak: komunikowanie się z pacjentem, współpraca z zespołem terapeutycznym, opieka nad chorym, wykonywanie zabiegów pielęgniarstwa zgodnie z procedurami, edukowanie chorych i promowanie zdrowia, zostało ocenione jako dobre i bardzo dobre przez większość badanych z I i II grupy. Najniżej swoje przygotowanie ocenili studenci z II grupy w zakresie przygotowania do wykonywania zabiegów pielęgniarstwa zgodnie z procedurami.
5. Studenci z I grupy ocenili swoje przygotowanie do wykonywania zadań zawodowych i podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki nieco wyżej w porównaniu z II grupą badanych.
6. Ukończenie studiów na kierunku pielęgniarstwo wpłynęło na poszerzenie zainteresowań zawodem badanych studentów.
7. Respondenci w zdecydowanej większości uważają, że zakres wiedzy oraz umiejętności zawodowe zdobyte na studiach pielęgniarstwa są wystarczające do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara i samodzielnego wykonywania zawodu.
8. Zdecydowana większość badanych deklaruje podjęcie pracy w charakterze pielęgniarki/pielęgniara w Polsce. Preferowanym przez absolwentów miejscem pracy jest oddział chirurgiczny i internistyczny.
9. Ankietowani w większości deklarują kontynuację kształcenia na studiach pielęgniarstwa II stopnia. Badani wyrażają również chęć doskonalenia zawodowego w ramach specjalizacji zawodowej.
10. Studenci ponownie wybraliby studia na kierunku pielęgniarstwo oraz poleciliby innym osobom studiowanie pielęgniarstwa.

Bibliografia

1. Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
2. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), *Prestiż zawodów*, Warszawa, styczeń 2009.
3. Charzyńska-Gula M., *Proces pielęgnowania jako element promocji zdrowia*, [w:] *Zrozumieć promocję zdrowia*, red. M. Charzyńska-Gula, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010.

4. Dobrowolska B., *Dlaczego pielęgniarstwo?*, Sztuka Pielęgnowania 2012, 1, 27–28.
5. Dobrowolska B., Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
6. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu i Rady Europy z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, Dz.U. UE, L.05.255.22.
7. Górąjek-Jóźwik J., *Komunikowanie w pielęgniarstwie*, [w:] *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, red. W. Ciechaniewicz, t. 1, PZWL, Warszawa 2006.
8. Heszen I., Sęk H., *Psychologiczne aspekty opieki zdrowotnej*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen, H. Sęk, PWN, Warszawa 2012.
9. Kamińska M., *Motywy kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim*, *Pielęgniarstwo Polskie* 2002, 1 (13), 50–59.
10. Kieczka K., *Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu*, *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2010, 1–2 (30–31), 86.
11. Kieczka K., *Repetitorium z prawa. Kompetencje polskiej pielęgniarki*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2010, nr 11, www.nursing.com.pl/Medinf_Kompetencje_polskiej_pielgniariki_301.html [dostęp 22.06.2013].
12. Knowles M.S., Holton III E.F., Swanson R.A., *Model rozwoju pracowników. Skuteczne działanie w nowych rolach i środowisku*, [w:] *Edukacja dorosłych*, red. M.S Knowles, E.F. Holton III, R.A. Swanson, PWN, Warszawa 2009.
13. Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 9 grudnia 2003 r., przyjęty uchwałą nr 9 na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych.
14. Kozłowska L., Pawłowska K., Doboszyńska A., *Wizerunek pielęgniarki XXI wieku*, *Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie* 2012, 10, 22–23.
15. Pawłowska K., Doboszyńska A., *Oczekiwania środowiska pielęgniarskiego wobec procesu kształcenia*, *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2012, 1, 15–18.
16. Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa...*
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 6 lipca 2012 r., poz. 770.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych, Dz.U. z 28 sierpnia 2012 r., poz. 970.
19. Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz.U. Nr 106, poz. 631.
20. Sobczak M., *Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (2), 207–211.
21. *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
22. Tomaszewska M., Cieśla J., Czerniak J., Dykowska G., *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek-potrzeby a rzeczywistość*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16, 16, 41.

23. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
24. Ustawa z 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz.U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.
25. Witczak I., *Prawo o zawodach medycznych*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. A. Felińczak, A.M. Fał, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010.
26. Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa...*

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Možnosti sestry pri redukcii stresu u pacienta v Chirurgickej Ambulantnej Starostlivosti

Abstrakt: Sestra v chirurgickej ambulancii má svoje dôležité miesto pri vyšetrovaní a ošetrovaní pacienta, ktorého psychický stav je pod vplyvom rôznych stresogénnych faktorov. Stres u pacienta môže byť determinovaný samotným ochorením alebo úrazom, vyšetreniami a výkonmi realizovanými u pacienta, ale aj prostredím čakárne či ambulancie. Sestra by sa mala v rámci svojich činností zameriavať aj na redukcii stresu, ktorý pacient prežíva, a to vhodnou komunikáciou a správnym prístupom, edukačnou činnosťou, a tiež úpravou prostredia s dôrazom na ochranu súkromia pacienta. Príspevok je zameraný na konkretizáciu možností sestry pri redukcii stresu u pacienta v chirurgickej ambulantnej starostlivosti. Jeho súčasťou je aj prezentácia výsledkov výskumu, ktorého cieľom bolo zmapovať názory sestier na prežívanie stresu u chirurgického pacienta a možnosti jeho redukcie.

Kľúčové slová: stres, redukcia, pacient, chirurgická ambulantná starostlivosť, sestra

The Nurse's Possibilities of How to Relieve Stress of the Patient in Surgical Ambulatory Care

Abstract: The nurse in the surgical outpatient department plays an important role in examining and caring for a patient whose mental condition is influenced by various stress-induced factors. The patient may be under stress not only due to his /her disease or injury, examination and treatment he/she undergoes but also due to ambience of the waiting room or outpatient department. Within the scope of activities the nurse should also focus on relieving the stress the patient is experiencing by means of appropriate communication and approach, education activity and adjustment of the surroundings putting emphasis on privacy of the patient. The paper submits concrete formulations for the nurse of how to relieve stress of the patient in surgical ambulatory care. The paper also presents the results of the survey aimed at mapping the opinion of nurses about stress experiencing by a surgical patient and about the possibilities of how this stress could be relieved.

Key words: stress, reduction, patient, surgical ambulatory care, nurse

Úvod

Pacient, ktorý je vyšetrovaný alebo liečený v chirurgickej ambulantnej starostlivosti, je zvyčajne v nepriaznivom psychickom rozpoležení pod vplyvom samotného ochorenia alebo úrazu, vyšetrenia a výkonu, ktorý je u neho realizovaný, ale aj prostredím čakárne či ambulancie. Ošetrovateľskú starostlivosť pacientom v chirurgickej ambulancii poskytuje sestra, ktorá samostatne realizuje rôzne výkony, prípadne asistuje lekárovi pri vyšetrovaní a ošetrovaní pacienta. Sestra by sa mala v rámci svojich činností zameriavať aj na redukcii stresu, ktorý pacient prežíva, a to vhod-

nou komunikáciou a správnym prístupom, edukačnou činnosťou, a tiež úpravou prostredia s dôrazom na ochranu súkromia pacienta.

Rozvoj medicíny a nové trendy v diagnosticko- terapeuticknej oblasti umožňujú niektoré problémy chorého človeka riešiť prostredníctvom ambulantnej starostlivosti, ktorá by mala zodpovedať zdravotnému stavu pacienta s ohľadom na jeho duševný stav. V tejto súvislosti je nutné zohľadňovať nielen zdravotný stav človeka, ale aj častú zmenu lekára v ambulancii, opakované náročné vyšetrenia alebo lekárske výkony, dopravu do zariadenia, minulé negatívnu skúsenosť, dlhú čakaciu dobu alebo nevhodné správanie zdravotníckeho personálu. Toto všetko môže ovplyvniť nielen názor na zdravotnícke zariadenie a personál, ale aj výsledok liečby (Zacharová a kol. 2007).

Redukcia stresu u chirurgického pacienta začína vstupom do čakárne chirurgickej ambulancie, ktorej prostredie môže do značnej miery ovplyvňovať psychický stav pacienta. Prvý dojem a skúsenosť často rozhodujú o vývoji vzájomného vzťahu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom, najmä pokiaľ ide o dôveru (Vymětal 2003).

Čakáreň, kde pacient trávi čas pred vstupom do ambulancie, by mala spĺňať určité hygienicko-estetické požiadavky. Mal by byť vytvorený systém poradia, je vhodné zabezpečiť aj zodpovedajúcu osvetovú literatúru v podobe letákov či brožúr. Ideálnym riešením je systém objednávaní, ktorý skráti čas prežitý v čakárni, čo zníži napätie a negatívne prežívanie chorého človeka. Najdôležitejšiu úlohu tu zohráva sestra, ktorá zabezpečuje kontakt medzi čakárňou a ambulanciou, do ktorej pacient vstúpi. Je vhodné, aby tu pracovali profesionálne skúsené sestry, vládne a zdvorilé, ktoré dokážu správne komunikovať s ľuďmi a vedia pozitívne ovplyvniť psychický stav pacienta (Zacharová a kol. 2007).

Prostredie čakárne vytvárajú často stiesnené, nevetrané priestory, s nízkym počtom miest na sedenie, navyše bez možnosti krátenia čakacej doby napr. čítaním informačných materiálov, nástenky, počúvaním rádia a podobne. Pre chirurgickú ambulantnú starostlivosť je typická aj rôznorodosť ošetrovaných pacientov (napr. pacienti po amputácii, so sadrovým obvazom, po úraze, s náhlou brušnou príhodou a podobne) a pohľad na takéto postihnutie iného človeka môže vyvolávať nepríjemné pocity, často ešte znásobené vypočutím si rôznych rozhovorov pacientov, v ktorých sa prezentujú negatívne skúsenosti či úmyselné strašenie čakajúcich sprostredkovaním nepríjemných zážitkov napr. z operácie, vyšetrenia a podobne. Negatívne emócie môže vyvolať aj neistota pacienta pri nedôslednom označení ambulancie (napr. absencia údajov o ordinačných hodinách, menách zdravotníckych pracovníkov, najmä ošetrojúceho lekára), prípadne množstvo zbytočných nápisov a oznamov (napr. zákaz klopať), ktoré sú pre pacienta nezrozumiteľné (Magerčiová 2011).

V snahe zabezpečiť redukciiu stresu u chirurgických pacientov liečených, resp. ošetrovaných ambulantne možno odporučiť dodržiavanie týchto zásad pri zohľadňovaní vplyvu prostredia a prevádzky chirurgickej ambulancie na pacienta:

- *predchádzanie dlhej dobe čakania* na vyšetrenie, resp. ošetrenie, vytvorenie poradovníka, dodržiavanie poradia pacientov, vysvetlenie alebo ospravedlnenie prípadného prednostného vyšetrenia pacienta v akútnom stave alebo za úhradu, správna organizácia práce, objednávanie pacientov na malé chirurgické výkony,
- *úprava prostredia čakárne* – dostatok miest na sedenie, farebná úprava, vhodnosť nábytku, bezbariérovosť, informačné materiály pre pacientov (brožúry, letáky), časopisy, nástenka,
- dostupnosť a čistota *toalety* vedľa čakárne,
- *dôsledné označenie ambulancie* – názov, meno lekára a sestry, ordinačné hodiny, informácie o poplatkoch, zoznam zmluvných zdravotných poisťovní ambulancie, oznam o možnosti prednostného vyšetrenia za finančnú úhradu, o ponuke transportu pacientov prostredníctvom dopravnej zdravotnej služby,
- podávanie *zrozumiteľných inštrukcií*, príjemné vystupovanie, správny prístup k pacientom,
- *zamedzenie pohľadu pacientov na použitý obväzový materiál* (napr. v emitnej miske, preplnené odpadkové nádoby a pod.) a inštrumentárium,
- správna *komunikácia* s pacientom, prípadne aj s jeho podpornými osobami, ktoré ho sprevádzajú pri príprave, v priebehu a po ukončení vyšetrenia alebo ošetrenia,
- *dôsledná edukácia* (Magerčiaková 2011).

Pacient navštívi chirurgickú ambulanciu zvyčajne za účelom diagnostiky chirurgického ochorenia alebo úrazu, liečby a prípravy na operačný výkon. Vyšetrenie chirurgického pacienta, terapeutická úvaha a príprava pacienta na operáciu predstavuje začiatok kontinuálnej starostlivosti o chorého alebo poraného človeka. Tieto tri fázy obsahujú:

- I. *Vyšetrenie pacienta*: anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, paraklinické vyšetrenia- laboratórne, zobrazovacie metódy a špeciálne vyšetrenia.
- II. *Terapeutická úvaha*: stanovenie diagnózy (základné a vedľajšie ochorenia), konzervatívny postup, operačná liečba (načasovanie, taktika, technika).
- III. *Príprava pacienta na operáciu*: celková príprava- všeobecná, celková príprava- špeciálna, miestna príprava (Zeman a kol. 2000).

Ambulantná chirurgická starostlivosť o pacienta sa skladá z týchto krokov: prijatie pacienta, orientačný rozhovor, vyšetrenie a ošetrenie, informovanie a edukácia pacienta, rozlúčenie (Vymětal 2003).

Prijatie pacienta sa začína jeho objednaním na vyšetrenie, ošetrenie alebo malý chirurgický výkon, prípadne odporúčením chirurgickej kontroly po operácii a po-

dobne. Po príchode do čakárne nesmie pacient dlho čakať. Mal by byť dodržaný termín, na ktorý bol pacient objednaný, prípadne poradovník pacientov. Ak sa z nejakého dôvodu stane, že sa dlhšiemu čakaniu na vyšetrenie, resp. ošetrenie nedá zabrániť, je úlohou lekára a/alebo sestry, aby pacientovi situáciu vysvetlili, prípadne sa ospravedlnili (napr. vyšetrenie pacienta s náhlou brušnou príhodou, po úraze a podobne). Pacienta zvyčajne pozýva do ordinácie sestra, pričom v podmienkach Slovenskej republiky dodržiava Zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov (Magerčiaková 2011).

Po príchode pacienta do ordinácie dodržiavame zásady zdvorilosti: pokiaľ sedíme, tak vstaneme, pozdravíme, prípadne podáme ruku, pacienta privítame, vyžiadame si od neho zdravotnú dokumentáciu a ponúkneme mu miesto na sedenie. Dôležité je všimnúť si prvé reakcie a výzor pacienta, či je kľudný alebo neistý, úzkostlivý, schvátený alebo či nepôsobí unaveným dojmom. Tento „dojem zo vzhľadu“ býva diagnosticky cenný a často určuje spôsob ďalšej komunikácie s pacientom. Táto situácia je pre pacienta záťažová a pri kontakte s ním platí, že od samého začiatku sme plne na neho sústredení a sme mu k dispozícii. Musí byť zrejmé, že na pacienta máme dostatok času. Za normálnych okolností sa neponáhľame, lebo lekár aj sestra v časovom strese ľahko niečo prehliadne alebo opomenie a správa sa direktívne (Vymětal 2003). Aj keď zdravotnícki pracovníci v chirurgickej, resp. traumatologickej ambulancii musia často riešiť naliehavé situácie, ich snahou musí byť precízna organizácia práce, aby pacient nemal pocit, že mu nie je venovaný dostatok času, čo v ňom môže vzbudiť pocit nedôvery.

Sestra zvyčajne od pacienta vyžiada potrebné údaje a poskytne mu inštrukcie potrebné pre ďalšie vyšetrenie, resp. ošetrenie v chirurgickej ambulancii. Potom nasleduje orientačný rozhovor lekára s pacientom, ktorý je zameraný na skutočnosti, pre ktoré pacient prichádza a čo očakáva. Sestra v chirurgickej ambulancii starostlivosti „signalizuje atmosféru zariadenia“, resp. vytvára „imidž“ ambulancie, a to predovšetkým komunikáciou s pacientom (pacientmi) nielen v ambulancii, ale aj v čakárni. Sestra komunikuje verbálne, ale aj svojím vystupovaním, úpravou zovňajšku, organizáciou práce, poriadkom na pracovisku a podobne. Komunikáciu sestry s pacientom v chirurgickej ambulancii okrem komunikačných zručností sestry ovplyvňujú viaceré faktory, a to:

- *somatický stav pacienta*- akútny stav, stav po úraze (niekedy aj s narušením komunikačnej schopnosti), neschopnosť komunikácie z dôvodu somatických prejavov ochorenia- napr. bolesť, únava a podobne,
- *prítomnosť záporných emócií u pacienta*- *strach a úzkosť*,
- *vyšetrenie, resp. ošetrenie cudzinca* frekventovanejšie než na iných pracoviskách (napr. pri úrazoch),
- *časový deficit*, nadmerná pracovná záťaž sestry (nie je priestor na komunikáciu alebo je výrazne redukovaná) (Magerčiaková 2011).

Vyšetrenie pacienta je pre lekára rutinnou záležitosťou, nie však pre pacienta. Nutné je počítať s tým, že okrem „skúsených pacientov“ pociťujú ľudia pri vyšetrení stud a obavu z bolestivosti vyšetrenia. Stud sa nemusí týkať iba najintímnejších telesných zón (oblasť pohlavných orgánov, konečník a podobne), ale aj telesného vzhľadu pri obnažení, na čo bývajú citlivé staršie ženy, pokiaľ ich vyšetruje lekár-muž. Pri vyšetrení sa odporúča dodržiavať nasledujúce zásady:

- Správame sa prirodzene, pričom rešpektujeme predpokladané a reálne pocity či prejavy pacienta.
- Pokiaľ nie je nutná asistencia sestry, je vhodné, aby pri vyšetrovaní intímnych telesných zón nebola prítomná, alebo aspoň by nemala byť v zornom poli pacienta. Je vylúčené, aby pri vyšetrení bol prítomný nezdravotník.
- Pacienta upozorníme, že bude vyšetrený, v akom rozsahu, prečo a v čom bude vyšetrenie spočívať.
- Rozsah pacientovho obnaženia musí byť funkčný a iba na nevyhnutný čas.
- Intímnych telesných oblastí sa dotýkame nie viac, než je nutné. Pacienta vopred upozorníme, čo bude nasledovať, počas vyšetrenia s ním komunikujeme a priebežne reflektujeme jeho pocity.
- Pri relatívne dlhšom vyšetrení, prípadne liečebnom výkone informujeme pacienta o časovom priebehu (Vymětal 2003).

V chirurgickej ambulantnej praxi sa pacienti často podrobujú malým chirurgickým výkonom. V prípade bolestivých procedúr je nevyhnutná stála prítomnosť sestry, komunikácia s pacientom, upozornenie na bolestivé momenty chirurgického výkonu, ako aj oznámenie ukončenia výkonu. Pri vyšetreniach, chirurgických výkonoch alebo preväzoch je nevyhnutnou súčasťou komunikácia s pacientom a sledovanie jeho prejavov a reakcií. Samozrejmosťou by malo byť zabezpečenie súkromia pacienta počas celej doby jeho pobytu v ambulancii (zatváranie dverí, používanie zásteny a podobne).

- Po ukončení vyšetrenia, resp. ošetrenia lekár stručne, vecne, citlivo a bez zbytočných detailov pacienta informuje o náleze. Pacienta informuje o:
- Predpokladanej, prípadne definitívnej diagnóze a príčinách jeho ťažkostí, ako aj o zvyčajnom priebehu a dĺžke ochorenia.
- Návrhu ďalšieho diagnostického a terapeutického postupu.
- Liečebných opatreniach a o všetkom, čo musí pacient dodržiavať (diéta a podobne). V prípade, že je pokynov viac, je nutné pacientovi poskytnúť informácie v písomnej podobe. Pacienta treba nabádať k tomu, aby sa pýtal na to, čo mu nie je jasné. Ak prejaví neprimerané obavy, je nevyhnutné snažiť sa ich rozptýliť dodatočnými informáciami a snažiť sa hovoriť povzbudivo, ale pravdivo.
- Ďalšej kontrole, na ktorú pacienta objedná a ubezpečí ho, že v prípade potreby sa môže na neho telefonicky alebo osobne obrátiť, prípadne upozorní na le-

lekársku pohotovostnú službu v prípade zhoršenia zdravotného stavu (Vymětal 2003).

Lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie a inštrukcie je zvyčajne doplnené o edukáciu pacienta zo strany sestry. Pacient musí dostať jasné inštrukcie a prostredníctvom edukácie má byť mobilizovaný k vyššej aktivite, pretože väčšia časť starostlivosti o zdravie je prenesená na neho, prípadne aj na jeho blízkych. V chirurgickej ambulancii sa edukácia realizuje v prevažnej miere individuálnou formou (niekedy aj so zapojením podporných osôb do procesu edukácie) s najčastejším využitím metód edukácie, ako je rozhovor a vysvetľovanie, ktoré sú niekedy doplnené o poskytnutie informačného letáku, brožúry a podobne. Vhodným edukačným prostriedkom je nástenka v čakárni ambulancie, ktorá okrem informačnej hodnoty pre pacientov (pri jej zodpovednej príprave a spracovaní) má význam aj pri krátení doby čakania pacientov na vyšetrenie. Samozrejme pri splnení podmienky pútavosti, zaujímavosti, vhodného umiestnenia, dobrej čitateľnosti a prehľadnosti. Nevýhodou edukačnej činnosti v ambulancii je obmedzený časový priestor na jej uskutočňovanie (nedostatok personálu, veľký počet ošetrovaných pacientov). Edukácia chirurgického pacienta v ambulancii sa zameriava najčastejšie na predoperačnú prípravu, farmakoterapiu, úpravu životosprávy, diétny režim, používanie kompenzačných pomôcok, ošetrovanie rán a stômií, zdôrazňovanie nutnosti pravidelných, resp. opakovaných lekárskeho kontroly, prípravu na rôzne invazívne alebo neinvazívne vyšetrenia, a ďalšie odporúčenia v závislosti od ochorenia alebo typu chirurgického výkonu.

Posledný krok kontaktu s pacientom v ambulantnej praxi je rozlúčenie, ktoré si pacient uchováva ako „posledný dojem“. Preto mu treba venovať dostatočný čas a formu. Vhodné je, aby lekár (alebo sestra) podal pacientovi ruku, povedal povzbudzujúcu vetu, ešte raz pripomenul termín budúceho stretnutia, resp. kontroly a odprevadil pacienta až ku dverám ordinácie (Vymětal 2003).

Cieľ výskumu

Jedným z cieľov širšie koncipovaného výskumu bolo zmapovať názory sestier na prežívanie stresu u chirurgického pacienta a možnosti jeho redukcie.

Metodika výskumu

Na získanie relevantných údajov o výskyte a eliminácii najčastejších stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov v predoperačnej a pooperačnej ošetrovateľskej starostlivosti bola použitá metóda empirického výskumu- neštandardizovaný dotazník. Celkom bolo rozdaných 231 dotazníkov, vrátených 207 (návratnosť: 90%).

Počet dotazníkov pre štatistické spracovanie bol 203. Zo súborov boli vylúčené dotazníky, v ktorých neboli vypísané všetky údaje alebo respondenti nespĺňali dané zaraďujúce kritériá. Pri realizácii výskumu bol využitý priamy kontakt administrácie.

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 203 sestier pracujúcich na chirurgických pracoviskách, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom pri operačnej terapii v predoperačnom a pooperačnom období. Výber respondentov bol zámerný. Hlavným zaraďujúcim kritériom do výskumného súboru bolo pracovné zaradenie v kategórii sestra na chirurgickom pracovisku. Respondenti boli vo veku od 21 do 56 rokov, priemerný vek respondentov bol 38,5 roka. Vo výskumnom súbore bolo 201 žien a 2 muži. Dĺžka praxe sestier na chirurgickom pracovisku bola od 0 do 37 rokov.

Výsledky výskumu

V rámci výsledkov výskumu prezentujeme zistenia vo vybraných položkách dotazníka.

Položka: Aký je Váš názor na prežívanie stresu u chirurgických pacientov pred a po operačnom výkone?

Tabuľka 1. Názory sestier na prežívanie stresu u pacientov pred a po operačnom výkone

Možnosti odpovede	n	%
Operačný výkon je vždy zdrojom stresu	152	74,9
Stres prežívajú iba niektorí pacienti	8	3,9
Stres prežíva väčšina pacientov	40	19,7
Stres prežíva menšia časť pacientov	0	0
Nezaoberám sa otázkou prežívania stresu u pacientov	3	1,5
Spolu	203	100

Väčšina sestier (74,9%) zastáva názor, že operačný výkon je vždy zdrojom stresu u pacienta. 19,7% sestier si myslí, že stres prežíva väčšina pacientov. 3,9% sestier uviedlo, že stres v súvislosti s operačným výkonom prežívajú iba niektorí pacienti a 1,5% sestier sa otázkou prežívania stresu u pacientov nezaoberá.

Položka: Aké prejavy môže mať stres u pacienta?

Tabuľka 2. Prejavy stresu u pacienta

Prejavy stresu	%
Psychické	92,1
Somatické	39,9
Behaviorálne	17,7
Iné	0,5

Podľa sestier má stres u pacienta najčastejšie psychické prejavy (92,1%). 39,9% sestier uvádza, že stres má prejavy somatické a 17,7% prejavy behaviorálne. Iba 0,5% sestier uviedlo, že stres u pacienta môže mať všetky tri uvedené typy prejavov.

Položka: Ako sa podľa Vás najčastejšie prejavuje stres u chirurgického pacienta?

Tabuľka 3 Najčastejšie prejavy stresu u chirurgického pacienta

Možnosti odpovede	%
Žoviálnosť	4,9
Izolácia	14,8
Agresia	15,8
Apatia	16,7
Zmeny vo vyprázdňovaní moču alebo stolice	19,2
Neochota komunikovať	27,1
Nepokoj	53,7
Zmeny krvného tlaku a/ alebo pulzu	55,7
Strach alebo úzkosť	84,2

Strach alebo úzkosť ako prejav stresu u chirurgického pacienta uviedlo 84,2% sestier. Podľa 55,7% sestier sú najčastejšími prejavmi stresu u pacienta zmeny krvného tlaku a/alebo pulzu a podľa 53,7% sestier nepokoj pacienta. Ďalšie sestrami uvedené prejavy stresu u chirurgického pacienta sú uvedené v tabuľke 46.

Položka: Aký je Váš názor na pôsobenie prostredia a prevádzky na vznik stresu u pacienta?

Tabuľka 4 Vplyv prostredia a prevádzky na vznik stresu u pacienta

Možnosti odpovede	n	%
Môže mať vplyv na stres	190	93,6
Nemôže a nemá vplyv na stres	2	1,0

Neviem posúdiť	11	5,4
Spolu	203	100

V odpovedi na uvedenú položku sestry vyjadrili svoj názor na pôsobenie prostredia a prevádzky chirurgického oddelenia na vznik stresu u pacientov, pričom 93,6% sester uvádza, že prostredie a prevádzka môžu mať vplyv na vznik stresu u chirurgických pacientov. 1% sester si myslí, že prostredie a prevádzka chirurgického oddelenia nemôže mať a nemá vplyv na vznik stresu u pacientov a 5,4% sester túto skutočnosť nevie posúdiť.

Položka: Majú sestry možnosti úpravy prostredia a prevádzky ambulancie/oddelenia v zmysle redukcie stresu u pacientov?

Tabuľka 5 Možnosti sester pri úprave prostredia a prevádzky

Možnosti odpovede	n	%
Určite áno	50	24,6
Áno, čiastočne	103	50,7
Viac nie	39	19,2
Určite nie	5	2,5
Neviem posúdiť	6	3,0
Spolu	203	100

Podľa názoru 50,7% sester majú sestry čiastočné možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia v zmysle redukcie stresu u pacientov, 24,6% sester si myslí, že majú určite uvedené možnosti. Naopak, 19,2% sester zastáva názor, že sestry viac nemajú uvedené možnosti a 2,5% sester uviedlo, že sestry možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia určite nemajú. 3% sester túto oblasť posúdiť nevie.

Položka: Pociťujete pri redukcii stresu u pacientov bariéry?

Tabuľka 6 Bariéry pri redukcii stresu u pacientov

Možnosti odpovede	n	%
Áno, vždy	5	2,5
Áno, často	89	43,8
Áno, zriedkavo	85	41,9
Nie, nikdy	9	4,4
Neviem posúdiť	15	7,4
Spolu	203	100

Podľa odpovedí na uvedenú položku sestry pociťujú pri redukcii stresu u pacientov bariéry často (43,8%), zriedkavo (41,9%), nikdy (4,4%) a vždy (2,5%). 7,4% sestier nevie prítomnosť bariér posúdiť.

Položka: Pokúste sa označiť najfrekvencovanejšie prekážky pri redukcii stresu u pacientov:

Tabuľka 7 Najčastejšie prekážky pri redukcii stresu u pacientov

Možnosti odpovede	%
Nepociťujem žiadne prekážky	1,0
Nedostatočné komunikačné zručnosti	7,4
Psychický a fyzický stav pacientov	30,5
Veľký počet pacientov	57,6
Nedostatok pracovníkov	66,0
Prehnaná administratíva	72,9
Nadmerná pracovná záťaž	75,4

Za najfrekvencovanejšie prekážky pri redukcii stresu u pacientov sestry označili nadmernú pracovnú záťaž (75,4%), prehnanú administratívu (72,9%), nedostatok pracovníkov (66%), veľký počet pacientov (57,6%), psychický a fyzický stav pacientov (30,5%), nedostatočné komunikačné zručnosti (7,4%). 1% sestier nepociťuje pri redukcii stresu u pacientov žiadne bariéry.

Diskusia

Stres je súčasťou nášho každodenného života. Problematike stresu sú venované práce mnohých autorov, ktorí upozorňujú na jeho negatívne (distres) alebo pozitívne (eustres) účinky na ľudský organizmus. Stres nie je len sprievodný fenomén človeka v bežnom živote, ale zvláštnu pozornosť si zasluhuje po vzniku ochorenia alebo úrazu. „Každé ochorenie vyvoláva u pacienta určitú psychickú odozvu, subjektívne prežívanie a hodnotenie choroby a jej následkov. Individuálna reakcia chorého na chorobné príznaky, jeho postoj k chorobe a zdraviu, ako aj všetky ostatné psychologické faktory môžu ovplyvniť liečbu, priebeh choroby i výsledný stav, preto sa musia pri starostlivosti o pacienta zohľadniť“ (Tesařová in Kolektív autorov 2003: 100). Mastiliaková (1999: 10) uvádza, že „stres/ distres zvyšuje náchylnosť osôb ku chorobám a každý chorý človek prežíva tak somatickú, ako aj psychickú nerovnováhu. Somatická nerovnováha vytvára psychickú nerovnováhu a psychická nerovnováha vytvára nerovnováhu somatickú“. Prežívanie stresu u chirurgických pacientov v súvislosti s operačnou liečbou potvrdili v rámci nášho výskumu aj sestry z chirurgic-

kých pracovísk. 74,9% sestier uviedlo, že operačný výkon je vždy zdrojom stresu, 19,7% sestier si myslí, že stres prežíva väčšina pacientov a podľa názoru 3,9% sestier ho prežívajú iba niektorí pacienti. Morovicsová (2007, s. 5) uvádza podobné výsledky, pričom „prítomnosť psychických problémov v predoperačnom období uviedlo 66,6% pacientov a 92,8% sestier“.

Stres môže mať somatické, psychické a behaviorálne prejavy. Morovicsová (2006: 179) uvádza, že „ochorenie predstavuje pre chorého náročnú životnú situáciu, s ktorou sa musí vyrovnáť, neraz v krátkom časovom období. V prevažnej miere vyvoláva u chorého nepríjemné emotívne stavy, akými sú strach, úzkosť a smútok“. Podľa sestier má stres u pacienta najčastejšie psychické prejavy (92,1%). 39,9% sestier uvádza, že stres má prejavy somatické a 17,7% prejavy behaviorálne. Iba 0,5% sestier uviedlo, že stres u pacienta môže mať všetky tri uvedené typy prejavov. Z konkrétnych najčastejších prejavov stresu u pacienta sestry uviedli strach alebo úzkosť (84,2%), zmeny krvného tlaku a/alebo pulzu (55,7%) a nepokoj (53,7%).

„Prostredie, kde prebieha diagnosticko-terapeutický proces, môže pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť prežívanie pacienta. V tomto smere pre všetkých členov multidisciplinárneho tímu, ktorí sa o pacienta starajú, vzniká priestor pre zabezpečenie nielen biologických potrieb pacienta, ale aj psychických a sociálnych potrieb“ (Lepiešová, Cibulová 2008: V). Vplyvom prostredia na elimináciu stresu u pacienta sme sa zaoberali aj v rámci nášho výskumu. Sestry tiež potvrdzujú, že prostredie a prevádzka chirurgických pracovísk môže mať vplyv na stres u pacienta (93,6% sestier), pričom 75,4% sestier zastáva názor, že ony samy majú možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia v zmysle eliminácie stresogénnych faktorov u pacientov. „Pacientom dnes nestačí ponúknuť iba kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť. Je potrebné zamyslieť sa aj nad prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje, a naučiť sa zmierňovať jeho traumatizujúci vplyv“ (Škrla, Škrlková 2003: 120).

Dôležitým zistením pre nás bolo aj vyjadrenie sestier z chirurgických pracovísk týkajúce sa pociťovania bariér pri redukcii stresu u chirurgických pacientov. Až 88,2% sestier bariéry v tejto oblasti skutočne pociťuje, a to 2,5% sestier vždy, 43,8% sestier často a 41,9% sestier zriedkavo. Ako najfrekvencovanejšie bariéry sestry uviedli nadmernú pracovnú záťaž (75,4%), prehnanú administratívu (72,9%), nedostatok pracovníkov (66%) a s tým súvisiaci veľký počet pacientov (57,6%), ako aj psychický a fyzický stav pacientov (30,5%).

Záver

Modernizácia diagnostických a terapeutických postupov vedie k zvyšovaniu kvality poskytovaných zdravotníckych služieb. Pri poskytovaní zdravotníckych služieb je dôležité nespoliehať sa iba na špičkové prístrojové a materiálno-technické vybave-

nie, ale pacient určite očakáva aj druhú stránku starostlivosti, a to ľudský prístup zdravotníckych pracovníkov a uspokojovanie psychických potrieb. K humanizácii zdravotnej starostlivosti môžu veľkou mierou prispieť aj sestry v rámci svojich pracovísk. Sestry z chirurgickej ambulantnej starostlivosti musia v prístupe k pacientovi uplatňovať aj intervencie na redukcii stresu, medzi ktoré môžeme zaradiť:

- vhodný prístup sestry (aj lekára a iných zdravotníckych pracovníkov), tak v čakárni, ako aj v ambulancii,
- uplatňovanie holistického prístupu vo vzťahu k pacientovi,
- rešpektovanie veku, typológie a kultúrnych špecifik pacienta,
- kooperácia s podpornými osobami pacienta (najmä u detí a starších ľudí, handicapovaných ľudí),
- efektívna komunikácia s pacientom vrátane uplatňovania psychoterapeutického prístupu,
- zodpovedne realizovaná edukácia chirurgického pacienta,
- odporúčenie ďalších informačných zdrojov pacientovi alebo jeho podporným osobám (napr. informačné letáky, brožúry, internet),
- dôraz na súkromie a bezpečnosť pacienta pri jeho vyšetrovaní a ošetrovaní,
- snaha o adekvátnu úpravu prostredia a prevádzky chirurgickej ambulancie.

Literatúra

- Kolektív Autorov, *Vademecum Medici*, 6. vyd. Osveta, Martin 2003.
- Lepiešová M., Cibulová B., *Poskytovanie informácií pacientom na chirurgickom pracovisku*, Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia 2008, VI, 4, V–IX.
- Magerčiaková M., *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*, Verbum, Ružomberok 2011.
- Mastiliaková D., *Holistické prístupy v péči o zdraví*, IDVPZ, Brno 1999.
- Morovicsová E., *Fenomén strachu u chorých pred operáciou*, Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík 2007, XIII, 1, 4–8.
- Morovicsová E., *Prežívanie strachu u chorých a možnosti jeho eliminácie*, Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík 2006, XII, 4, 179–182.
- Škrļa P., Škrľová M., *Kreativní ošetrovateľský management*, Advent-Orion, Praha 2003.
- Vymětal J., *Lékařská psychologie*, Portál, Praha 2003.
- Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J., *Zdravotnická psychologie*, Grada Publishing, Praha 2007.
- Zeman M. a kol., *Chirurgická propedeutika*, Grada Publishing, Praha 2000.

Karolina Borowiec¹, Jerzy Jaśkiewicz²

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Niezaplanowana ciąża jako istotny czynnik wpływający na życie przyszłej matki

Abstract: Pregnancy is a special time in a woman's life. The perspective of being a mother is one of the most remarkable and unique event in the life of the whole family – the one that already has offspring, or is planning the first pregnancy. Decision of being a parent may have different motivations. For some, motherhood is just another natural step in life and the role of the mother or father is not a restriction in everyday living. Others feel the irresistible need to love a child, raise him and sacrifice for him. Sometimes the pregnancy is unplanned and unwanted. This raises many issues, both in private and social life. The aim of this study was to show the impact of unplanned pregnancy on the life of the mother-to-be. The research was conducted among 60 women. The method used in research was a diagnostic survey involving a questionnaire created by the author of the thesis. Respondents were informed about the aim of the survey and its anonymity. The partner plays an important role in supporting pregnant women – especially when the pregnancy is not planned. He would have the greatest impact on our decision to proceed with an abortion. For respondents that were also affordable alternatives for unplanned pregnancy, such as a window of life, or being the surrogate. Not without significance is the sex education that is carried out in Polish schools. Sexual education of children and teenagers, especially in Poland, still stirs emotions. Only the transmission of reliable and accurate information on sexual life is able to assist young people in learning a developmental task which is puberty time. Sexual education of the young is a task for parents and schools. However, because of high shyness and awkwardness of many parents to explain the intricacies of human sexuality, the school and its medical environment plays the important role in educating the young about sex life. An important role in the sexual education at the school plays school nurse, who very often acts as a tutor or teacher. She should have knowledge and teaching skills. She has a difficult task of working on the emotions and feelings that are so important in the process of maturation. School nurse is someone should be trusted, has the knowledge, is honest, and above all is discreet. Most respondents said that healthcare institution, church and school do not provide efficient information about the sexual education and the pro-family education at school and college should include the issue of contraception.

Key words: motherhood, abortion, alternative

Wprowadzenie

Dla wielu ludzi mające przyjsć na świat dziecko to wielka radość. Bardzo często przyszli rodzice przygotowują się do tego miesiącami, a nieraz i latami. Niekiedy kwestia poczęcia dziecka kosztuje ich wiele cierpliwości, łez i wyrzeczeń. Czasem jednak jest tak, że dziecko pojawia się w momencie, kiedy przyszli rodzice najmniej się tego spodziewają. Kiedy są w trakcie edukacji (a jedynym ich źródłem utrzyma-

nia są rodzice), kiedy znajdują nową pracę, kiedy mają plany na przyszłość, jednak nie uwzględniają w nim tego..., no właśnie, nie wiedzą nawet jak określić „TO”. Dla jednych (najwięcej przypadków to katolicy) już w chwili poczęcia to dziecko, dla innych zarodek. Według prawa aborcja jest dopuszczalna tylko w przypadku, kiedy ciąża jest wynikiem przestępstwa lub gdy stanowi zagrożenie życia dla matki. Często niezaplanowana ciąża prowadzi do depresji poporodowej. Przyszłe matki nie wiedzą, jak postępować z malutką istotą, próbują kierować się wskazówkami matki, teściowej, koleżanek, poradników; jednak często efekt takich działań jest odwrotny do zamierzonego.

Jaką rolę powinna spełniać w tej sytuacji pielęgniarka? Być pocieszycielem, psychologiem czy może nauczycielem? Na pewno jest to osoba godna zaufania, brak więzi rodzinnych powoduje, że chętniej mówimy o problemach, które z reguły ranią najbliższe osoby. Wiele kobiet poznaje uroki macierzyństwa w momencie, kiedy trzyma swoje dziecko w ramionach i wie, że wcale nie było życiowym błędem, wręcz przeciwnie – jest jego sensem. W różnych kręgach kulturowych ugruntowało się przekonanie, że macierzyństwo jest podstawową rolą każdej kobiety. Podstawową rolą biologiczną i społeczną. Na tej podstawie oczekiwane jest od każdej kobiety – bez wyjątku i niezależnie od jej pragnień i aspiracji, czy też indywidualnych predyspozycji, aby aktywnie uczestniczyła w reprodukcji gatunku ludzkiego. Panuje przekonanie, że do tej roli stworzyła ją sama natura. W wielu społeczeństwach miernikiem statusu społecznego kobiety jest liczba urodzonych przez nią dzieci, przez co często macierzyństwo biologiczne jest często wyżej cenione niż macierzyństwo społeczne (np. poprzez adopcję).

Cel

Celem niniejszych badań była ocena wpływu niezaplanowanej ciąży na życie przyszłej matki oraz przedstawienie metod zapobiegania ciąży oraz podkreślenie roli pielęgniarki, zarówno w edukacji seksualnej, jak i w opiece nad kobietą ciężarną.

Hipotezy

1. Wiedza kobiet na temat antykoncepcji dostarczana przez takie źródła, jak: szkoła, placówki służby zdrowia oraz kościół jest wystarczająca.
2. Kobiety mają dobrą wiedzę na temat aborcji, jednak nigdy nie wykorzystywałyby tej metody, jako alternatywy dla niezaplanowanej ciąży.

Pytania badawcze

1. Czy wiedza przekazywana w szkołach/placówkach służby zdrowia/kościół jest wystarczająca?
2. Czy kobiety mające wiedzę na temat aborcji na poziomie dobrym popierają ją?

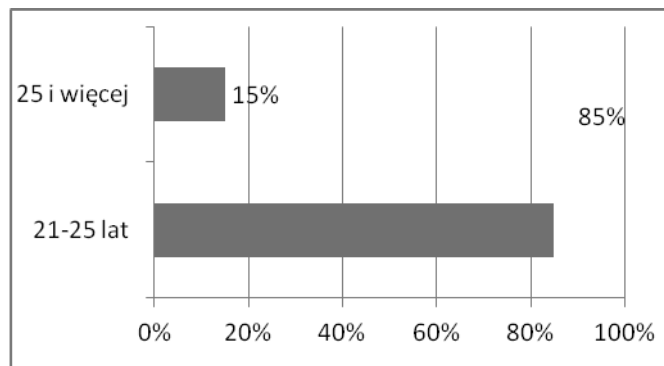
Narzędzia badawcze

Przedmiotem badań są kobiety studiujące kierunek pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej, w wieku 21 i więcej lat, mieszkające w mieście powyżej 40 tys. mieszkańców, w mieście do 40 tys. mieszkańców lub na wsiach województwa małopolskiego. Udział w przeprowadzonych badaniach był dobrowolny i anonimowy. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający 23 pytania zamknięte. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły ogólnej charakterystyki badanej populacji, opinii na temat edukacji seksualnej, zarówno w domu, jak i w placówkach publicznych (szkoła, kościół), roli pielęgniarki w tej edukacji, oraz opinii na temat takich metod rozwiązania problemu nieplanowanej ciąży, jak: aborcja, okno życia czy rola surogatki.

Wyniki

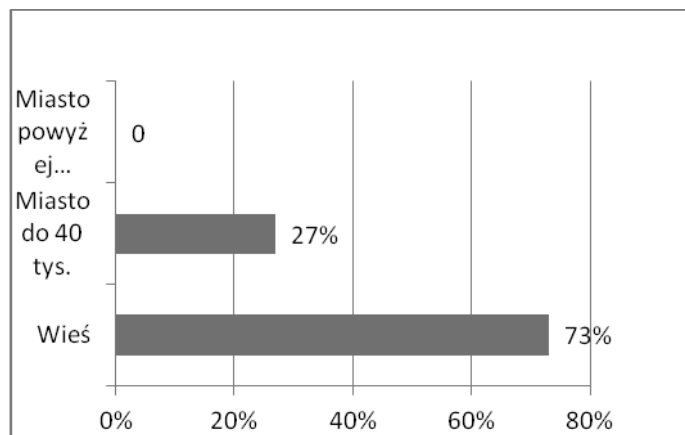
W badaniach uczestniczyło 60 kobiet od 21 lat wzwyż. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 21–25 lat (51 kobiet), natomiast grupę po 25. roku życia reprezentowało 9 kobiet (ryc. 1).

Ryc. 1. Wiek ankietowanych



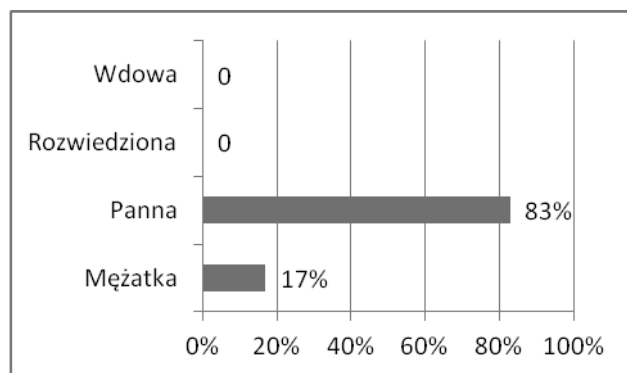
Największy procent respondentek to kobiety mieszkające na wsi: 73% (44), mniejsza grupa to kobiety mieszkające w mieście do 40 tys. mieszkańców: 27% (16), żadna z respondentek nie wskazała miasta powyżej 40 tys. mieszkańców jako miejsca zamieszkania.

Ryc. 2. Miejsce zamieszkania ankietowanych



Jako stan cywilny: mężatka zadeklarowało 17% (10), panna: 83% (50).

Ryc. 3. Stan cywilny respondentek

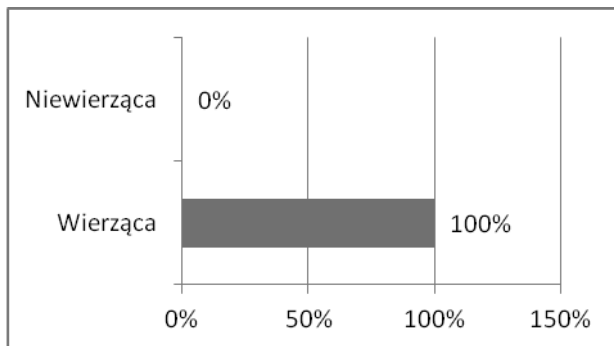


Wszystkie badane – 100% (60), określiły się jako osoby wierzące.

Podejście do problemu prawa człowieka do życia na przestrzeni lat zmieniało się i nadal zmienia. Opowiedzenie się po którejś ze stron jest w głównej mierze zależne od stosunku ankietowanych do wiary czy światopoglądu. Aborcja i wiara wzajem-

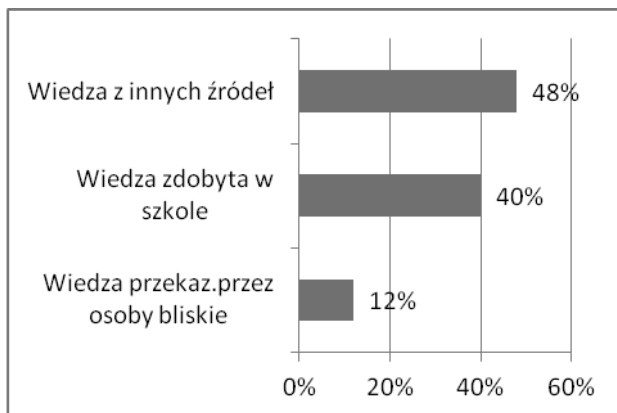
nie się wykluczają i dlatego należy pamiętać o osobistych poglądach ludzi, którzy określają się jako osoby wierzące.

Ryc. 4. Stosunek do religii ankietowanych kobiet



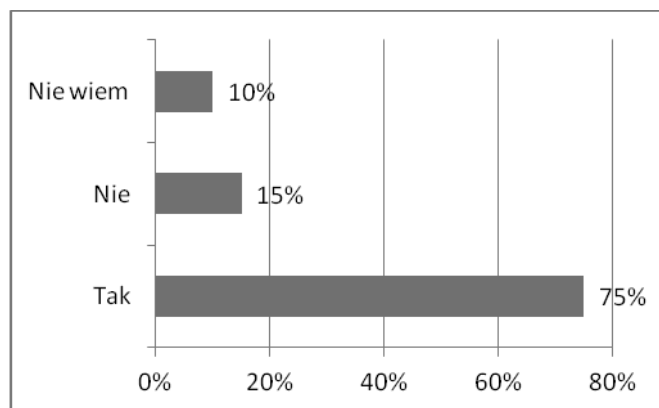
48% ankietowanych (29) podaje inne źródła wiedzy (TV, Internet) na temat antykoncepcji niż szkoła czy osoby bliskie. Media są coraz powszechniej wykorzystywanym źródłem informacji oraz środowiskiem edukacyjno-wychowawczym, do których należy również sfera ludzkiej seksualności. Internet stał się także czynnikiem stymulującym młodych ludzi do aktywności seksualnej.

Ryc. 5. Źródła wiedzy na temat antykoncepcji



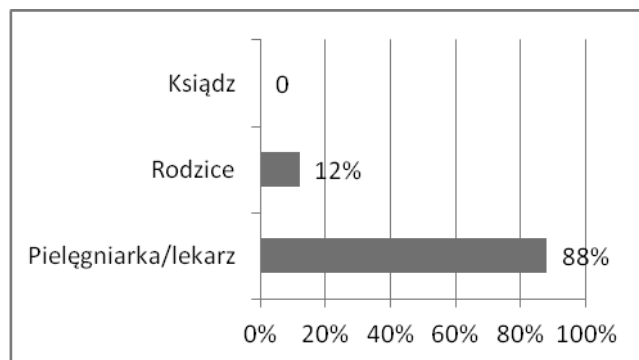
Pielęgniarka szkolna powinna mieć prawo do przeprowadzania edukacji seksualnej – tak uważa 75% (45) badanych. Zajęcia z wychowania do życia w rodzinie funkcjonują na mocy Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej, wykonującego dyspozycję art. 4, ust. 1 i 3 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Ryc. 6. Opinia na temat obowiązku przeprowadzania edukacji seksualnej przez pielęgniarkę szkolną



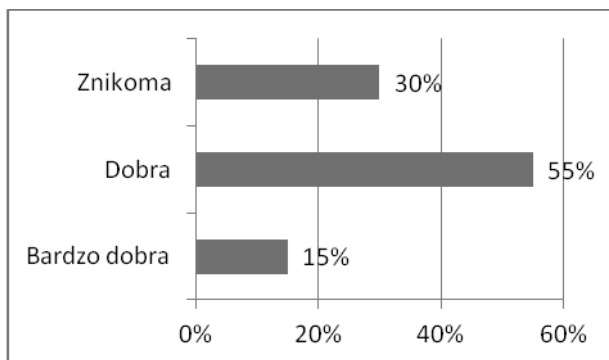
Według większości ankietowanych, edukacją seksualną powinna zajmować się pielęgniarka lub lekarz: 88% (53).

Ryc. 7. Osoba, która powinna zajmować się edukacją seksualną



Wiedzę na temat aborcji na poziomie dobrym określa 55% (33).

Ryc. 8. Wiedza na temat aborcji

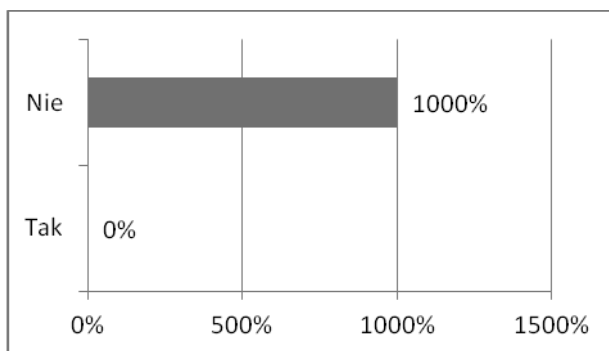


100% (60) badanych zadeklarowało, że nigdy nie dokonało aborcji. Aborcja w Polsce jest dopuszczalna tylko w kilku przypadkach, gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku „czynu zabronionego” [2].

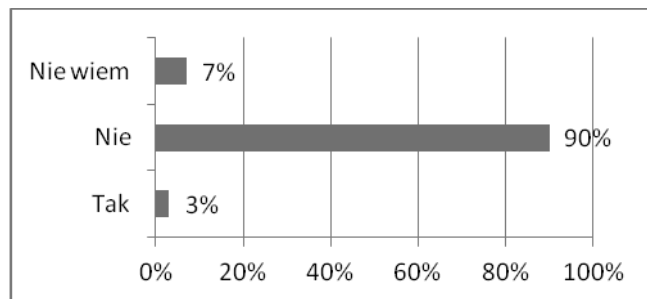
W Polsce istnieje i rozwija się tzw. podziemie aborcyjne, czyli nielegalne przeprowadzanie zabiegów przerywania ciąży. Innym zjawiskiem jest również tak zwana „turystyka aborcyjna”, czyli wyjazd za granicę w celu przeprowadzenia zabiegu w kraju, w którym wykonanie zabiegu jest dozwolone. W polskim prawie nie przewiduje się możliwości karania osób, które dokonały aborcji na terenie państwa dopuszczającego legalność tego zabiegu.

Ryc. 9. Pytanie o dokonanie aborcji



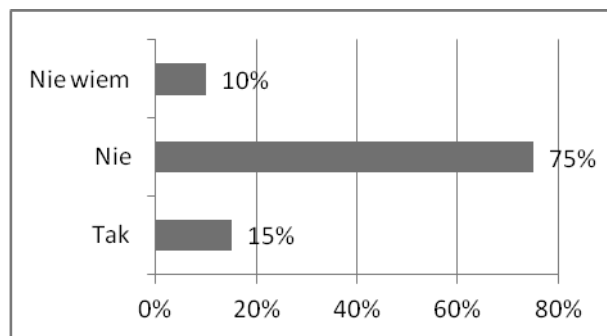
Najwięcej ankietowanych – 90% (54) uważa, że aborcja nie jest wyjściem z sytuacji (w pytaniu nie brano pod uwagę przypadku, gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa).

Ryc. 10. Aborcja jako rozwiązanie problemu nieplanowanej ciąży



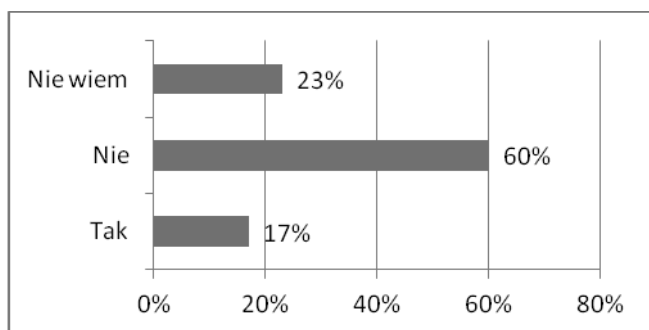
75% (45) jest przeciwna twierdzeniu, że kobieta powinna mieć prawo do usunięcia ciąży w pierwszych 3 miesiącach.

Ryc. 11. Zdanie na temat prawa usunięcia ciąży do 3 miesiąca



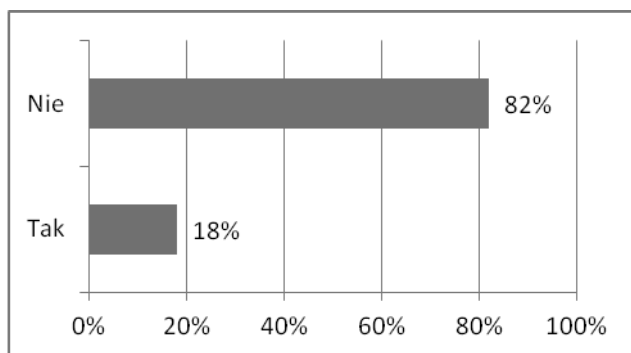
60% (36) ankietowanych kobiet jest zdania, że informacja o nieuczciwości ze strony partnera (np. celowy brak zabezpieczenia), nie miałaby wpływu na podjęcie decyzji o aborcji.

Ryc. 12. Wpływ informacji o nieuczciwości partnera na decyzję o aborcji



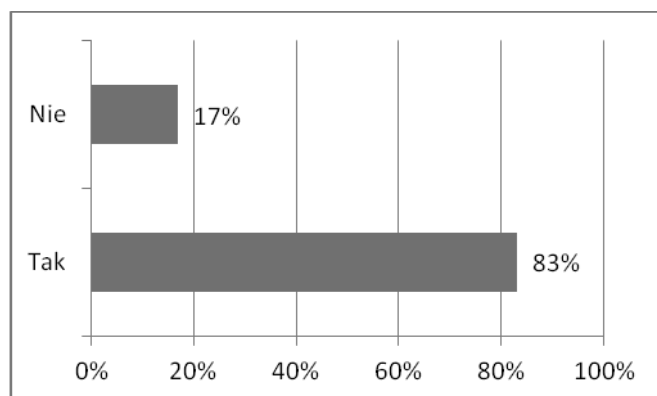
Złożona przez partnera propozycja zawarcia małżeństwa nie miałaby wpływu na decyzję o aborcji – taką odpowiedź zakresliło 82% kobiet (41).

Ryc. 13. Aborcja a propozycja małżeństwa



Dla zdecydowanej większości – 83% (50) okno życia jest alternatywą dla aborcji. Okna życia to specjalnie przygotowane miejsce, które umożliwia matce (niemogącej lub niechcącej opiekować się małym dzieckiem) anonimowe i bezpieczne pozostawienie dziecka. Dzieci z okna życia mogą w czasie procedury adopcyjnej – dzięki zgodzie sądu na preadopcję – przebywać już w nowej rodzinie, co umożliwia uchronienie noworodka przed tzw. chorobą sierocą. Dzięki istnieniu 49 okien życia, do kwietnia 2012 r. uratowano 41 noworodków. Wydaje się, że taki wybór jest wysoce humanitarny zarówno dla dziecka, jak i dla matki.

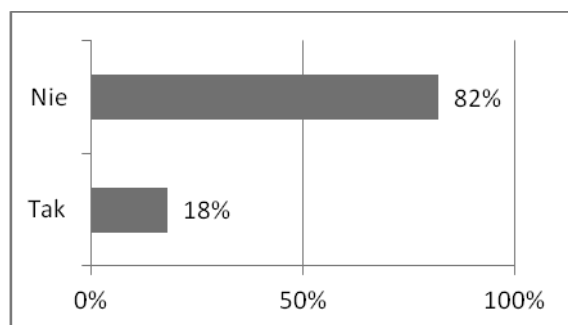
Ryc. 14. Okno życia jako alternatywa aborcji



82% (49) nie podjęłoby się zadania, jakim jest rola surogatki. Problem jest bardzo sporny, gdyż wydaje się, że dziecko zostaje sprowadzone do roli przedmiotu kupna-sprzedaży i niewątpliwie często tak właśnie jest.

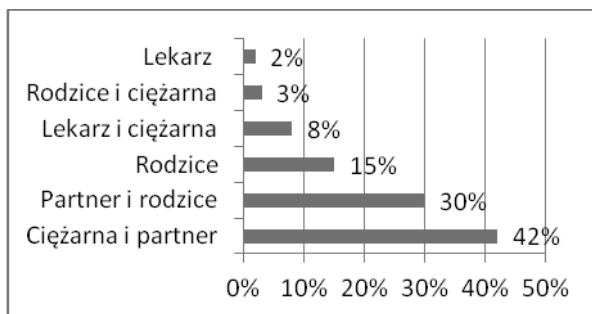
Często brak potomstwa to niezaprzeczalny dramat dla kobiety, ponieważ własne dziecko jest wielką szansą na osiągnięcie pełni szczęścia, z drugiej strony macierzyństwo zaczyna się właśnie od 9 miesięcy ciąży – to ważny etap, którego nie da się pominąć i zastąpić.

Ryc. 15. Pytanie o zgodę na rolę surogatki jako alternatywy dla aborcji



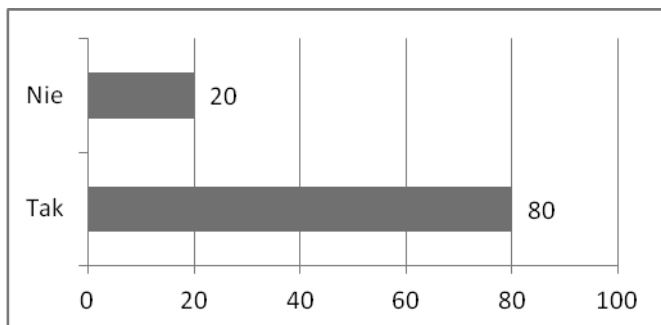
Na decyzję o aborcji miałyby wpływ ciążarna i partner – 42% (25), tak zagłosowała większość badanych kobiet.

Ryc. 16. Kto ma wpływ na decyzję o aborcji



80% (48) respondentek uważa aborcję za zabójstwo. Aborcja jest zabiegiem, który niesie za sobą ogromne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety. Może się stać przyczyną urazów fizycznych, takich jak: uszkodzenie macicy, krwotoki, infekcje (które mogą nieść za sobą skutki w postaci trudności z zajściem w kolejną ciążę), ale powoduje także zaburzenia psychiczne, określane mianem syndromu postaborcyjnego.

Ryc. 17. Aborcja jako zabójstwo według ankietowanych



Dyskusja

Znajomość antykoncepcji to ważny aspekt życia seksualnego, zarówno wśród młodzieży, jak i ludzi dorosłych. Odpowiedzialność za przekaz tych informacji obejmuje zarówno rodziców, kościół (w przypadku osób wierzących), jak i pielęgniarką szkolną.

W badanej grupie większość to kobiety stanu wolnego, mieszkające na wsi. Wszystkie zadeklarowały się jako osoby wierzące. Według respondentek, źródłem wiedzy na temat antykoncepcji były inne instytucje niż szkoła czy osoby bliskie,

najczęściej telewizja lub Internet. To szkoła powinna uczyć o antykoncepcji – tak odpowiedziało większość respondentek i była to liczba wyższa niż w badaniach Szczepańskiej [4].

Najwięcej ankietowanych podało wiek inicjacji seksualnej między 18 a 25 rokiem życia. To stwarza duży problem, gdyż telewizja oraz Internet nie są do końca wiarygodnymi źródłami przekazu informacji o seksualności – często pokazywanej w błędny sposób, wypaczającej świadomość młodych ludzi.

Pielęgniarka szkolna powinna mieć prawo do przeprowadzania edukacji seksualnej – tak uważa większość ankietowanych i podobne wyniki przedstawia CBOS [1]. Pielęgniarka to osoba, która jest kompetentna i wzbudza zaufanie i to właśnie ona powinna stanowić ważną rolę w przekazywaniu informacji o seksualności.

Aborcja to kolejny temat poruszany w ankiecie. Ponad połowa respondentek określa swoją wiedzę na temat aborcji na poziomie dobrym, a całość deklaruje, że nigdy nie dokonało takiego zabiegu. Jednak trudno jest określić wiarygodność tej odpowiedzi, gdyż niewiele kobiet przyznaje się do zabiegu aborcji, zwłaszcza jeśli aborcja została przeprowadzona w sposób nielegalny, w tzw. podziemiu aborcyjnym. Największa liczba respondentek uważa, że kobieta nie powinna mieć prawa do usunięcia ciąży w pierwszych 3 miesiącach, według badań Hipsz [3] mniej niż połowa deklaruje tę samą odpowiedź, w badaniach Derczyńskiego [2] to zaledwie jedna piąta, a w badaniach Wenzela [6] prawie połowa. Większość kobiet uważa, że aborcja nie jest wyjściem z sytuacji, co również rozbiega się z badaniami Hipsz [3] (prawie połowa popiera aborcję a druga połowa jest przeciw). Wyniki badań mogą (nie muszą być) regulowane wpływem kościoła i religii. Decyzja o aborcji to indywidualna sprawa każdej kobiety, nie powinna być kierowana regulacjami prawnymi bądź religijnymi. Według większości ankietowanych, aborcja nie powinna być kierowana sytuacją mieszkalną, faktem, że ciąża jest wynikiem jednorazowego intymnego kontaktu z przypadkowym partnerem, nieuczciwością partnera, propozycją zawarcia małżeństwa czy wsparcia finansowego, zgłoszoną przez partnera. W kwestii finansowej wyniki badań są zbliżone, gdyż według wyników badań przeprowadzonych przez Hipsz, ponad 60% [3] uważa, że sytuacja materialna nie ma wpływu na decyzję o aborcji, a tylko minimalnie ponad jedna piąta opowiedziało się za.

Dla zdecydowanej większości okno życia jest pewnego rodzaju alternatywą wobec aborcji, ale ta sama liczba respondentek nie podjęłaby się zadania surogatki. Okno życia to ratunek dla dzieci, których rodzice chcą anonimowo oddać je na wychowanie innym, wydaje się to wysoce humanitarnym rozwiązaniem zarówno dla dziecka, jak i matki. To w zasadzie jedyne wyjście, gdzie matka może zostawić potomstwo anonimowo, wiedząc równocześnie, że jest to dla niego bezpieczne miejsce. Rola surogatki, czyli kobiety która przez 9 miesięcy żyje ze świadomością urodzenia dziecka innej parze, to temat trudny i rzadko poruszany, gdyż istnieje

obawa, że dzieci urodzone przez surogatki traktowane będą jak towar, który można kupić i w razie komplikacji zwrócić.

Na decyzję o aborcji miałyby wpływ kobieta ciężarna i jej partner – tak zagłosowała większość badanych kobiet. Jednak to kobieta powinna mieć przede wszystkim prawo do decydowania o dalszym postępowaniu, pomóc powinien lekarz, który może jedynie nakreślić najlepszą drogę wyjścia z sytuacji – ale na pewno nie oceniać. Kobiety często poddawane są presji społeczeństwa, które jednak w większości nadal uważa aborcję za zabójstwo (wszystkie ankietowane wybrały taką właśnie odpowiedź).

Nie bez znaczenia jest fakt, że wszystkie respondentki deklarują się jako osoby wierzące, a diecezja tarnowska jest uważana za jedną z najpobożniejszych w Polsce.

Wnioski

Przeprowadzone badania własne pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Wiedza przekazywana w szkole/placówkach zdrowia/kościółce jest niewystarczająca.
2. Kobiety mające wiedzę na temat aborcji na poziomie dobrym, nie popierają jej.
3. Kobiety, które mają wiedzę na temat aborcji na poziomie dobrym, nigdy nie wykorzystywałyby jej jako rozwiązania problemu niezaplanowanej ciąży.

Bibliografia

1. [CBOS, *Aborcja, edukacja seksualna, zapłodnienie pozaustrojowe*, Warszawa 2005.
2. Derczyński W., *Spółeczeństwo – zjawiska kontrowersyjne – aborcja*, Warszawa 2006.
3. Hipsz N., *Spółeczeństwo – zjawiska kontrowersyjne – aborcja*, Warszawa 2011.
4. Szczepańska J., *O wychowaniu seksualnym młodzieży*, Warszawa 2007.
5. Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego, i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78.
6. Wenzel M., *Spółeczeństwo – zjawiska kontrowersyjne – aborcja*, Warszawa 2011.

Justyna Zuziak¹, Renata Maliszewska¹, Anna Goździalska²,
Jerzy Jaśkiewicz²

¹ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Postawy kobiet wobec zapłodnienia *in vitro*

Abstract: Infertility, as defined by the World Health Organization, is the inability to become pregnant despite of regular sexual intercourse for more than a year without pregnancy prevention. The causes of infertility can result from both – the female and male side. The aim of this study was to understand the attitudes of women aged 20–25 years towards *in vitro* fertilization in vitro. How they perceive the *in vitro* method and where they get the information about in vitro fertilization. Does the IVF (*in vitro* fertilization), awakening so much controversy, is consistent with the views of the respondents? The study involved 50 women from the district Dabrowski (voivodeship małopolska, Poland), aged between 20 and 25 years old. The method used in research was a diagnostic survey involving a questionnaire created by the author of the thesis. Respondents were informed about the aim of the survey and its anonymity. Conducted survey obtained information about the level of knowledge and attitudes of women towards in vitro fertilization. The study found that the respondents are aware that the cause of infertility can lie on both, the women and men side. Respondents despite of declaring a Roman Catholic religion, accept the in vitro method as a chance to have their own children, that can't be conceived in a natural way. Surveyed women showed a significant deficit of knowledge about extracorporeal in vitro fertilization. This knowledge should be given by the public health nurses.

Key words: infertility, in vitro fertilization

Wprowadzenie

W społeczeństwie XXI w. niepłodność jest coraz częstszym zjawiskiem. Pomimo ogromnych chęci, wieloletnich starań oraz leczenia, nawet młodzi ludzie nie mogą w sposób naturalny począć upragnionego potomstwa. Osoby te borykają się z wieloma problemami, które często prowadzą do rozpadu ich związku. Niepłodność według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, jest niemożnością zajścia w ciążę mimo ponad rocznego regularnego współżycia bez stosowania metod zapobiegania ciąży. Taki stan negatywnie wpływa na ludzką psychikę. Osoby borykające się z niepłodnością czują się niepełnowartościowe, a często nawet ukarane przez los. Widząc dzieci swoich krewnych i przyjaciół, bądź nawet dzieci obcych ludzi, mijanych na co dzień na ulicach, reagują smutkiem, żalem, frustracją i wzajemnym obwinianiem się, co jeszcze potęguje w nich pragnienie posiadania własnego dziecka. Ponadto badania diagnostyczne, leczenie farmakologiczne oraz ciągłe starania poczęcia tak bardzo oczekiwanego dziecka stają się priorytetem, a kolejne nieudane próby po-

wodują załamanie i poczucie utraty sensu życia niedoszłych rodziców. Co zatem zrobić w takiej sytuacji? Jak pomóc? Czy osoby wykonujące zawód o szczególnym zaufaniu społecznym, jakim jest pielęgniarstwo, są w stanie pomóc w rozwiązaniu tego poważnego problemu? Jedną z metod prowadzących do poczęcia dziecka jest zapłodnienie *in vitro*.

Metoda *in vitro*, choć nadal kontrowersyjna, zyskuje coraz więcej zwolenników. Jak przedstawiają badania opinii publicznej przeprowadzone w ubiegłym roku przez OBOP, za metodą *in vitro* opowiada się 80% ankietowanych. Jednak mimo wielu korzyści płynących z tej nowoczesnej i często skutecznej metody, wielu popiera stanowisko Kościoła katolickiego krytycznie nastawionego i sprzeciwiającego się tej metodzie poczęcia. Jednak czy można oceniać ludzi, którzy chcą zostać rodzicami, odbierając im ostatnią szansę na stworzenie pełnej rodziny i poczęcie własnego potomstwa?

W pracy przedstawiono mechanizm zapłodnienia *in vitro* oraz rolę pielęgniarki w procesie edukacji prozdrowotnych prowadzących do posiadania potomstwa [5, 7]. Z niepłodnością boryka się coraz większa rzesza młodych ludzi, co stanowi poważny problem współczesnego społeczeństwa. Niewłaściwy styl życia, złe nawyki żywieniowe, nałogi, ryzykowne zachowania seksualne, stres, choroby układu rozrodczego i inne choroby somatyczne to czynniki sprzyjające powstaniu niepłodności. Młodzi ludzie bagatelizując występowanie pewnych objawów nie są świadomi narastania problemu, który w przyszłości może mieć wpływ na ich zdolność do posiadania własnego potomstwa. Działania w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego stanowią najlepszy moment na rozpoznanie powyższych stanów i zapobieganie powstaniu ich negatywnych skutków.

Pielęgniarka odwiedzając środowiska domowe może bardzo szybko zdiagnozować problem, ponadto jak osoba szczególnie zaufana, uzyskuje szereg informacji bezpośrednio od swoich pacjentów lub członków rodziny. Działania prewencyjne, propagujące w środowisku domowym zmianę stylu życia, zalecane przez pielęgniarki, winny przekazywane w sposób przystępny dla słuchaczy [5].

Rola pielęgniarki w profilaktyce niepłodności powinna przede wszystkim polegać na wczesnym rozpoznawaniu problemu, możliwości zapobiegania oraz szerzeniu zachowań pro zdrowotnych [1, 2]. Szczególną rolę pielęgniarki zwłaszcza środowiskowej jest proces edukacji par mających chęć posiadania dziecka. Ze względu na rozwój i postęp technik prokreacji pielęgniarki powinny mieć możliwość pogłębiania wiedzy w tym zakresie. Inną techniką obok zapłodnienia *in vitro* jest wykorzystanie przygotowanej hormonalnie kobiety do przyjęcia zapłodnionej komórki jajowej. Jest to tak zwana rola surogatki, budząca w społeczeństwie wiele emocji. Obydwie metody, *in vitro* i surogatka, w efekcie mogą dać początek życiu dziecka mającego genom rzeczywistych rodziców. Ten fakt winien być przez pielęgniarki jasno przedstawiony osobom pragnącym posiadać własne potomstwo.[7]

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było poznanie postaw kobiet wobec metody zapłodnienia *in vitro*. Na podstawie założonego celu sformułowano następujące problemy badawcze:

1. czy kobiety posiadają wystarczającą wiedzę na temat zapłodnienia metodą *in vitro*?
2. czy znają przyczyny niepłodności?
3. czy akceptują metodę *in vitro* jako szansę posiadania własnego potomstwa?

Hipotezy badawcze

1. Zakłada się, że kobiety nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat zapłodnienia metodą *in vitro*.
2. Zakłada się, że respondentki popierają metodę *in vitro* jako szansę na posiadanie własnego potomstwa.

Materiał i metody badawcze

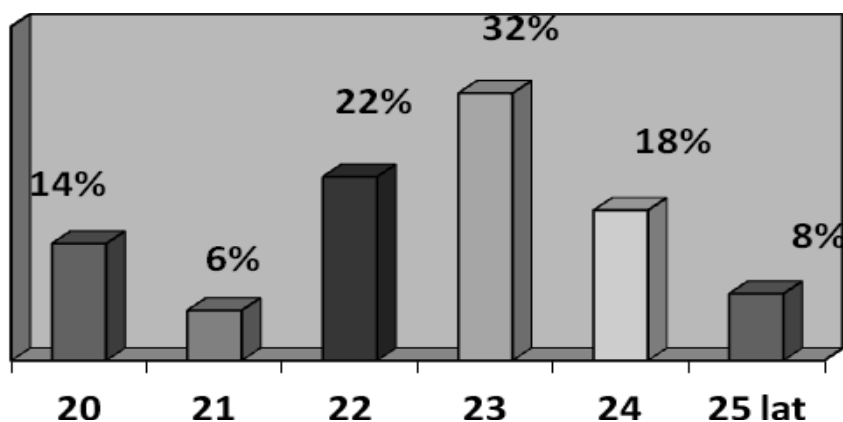
Badaniem objęto grupę 50 respondentek. Badanie przeprowadzono pośród kobiet deklarujących chęć założenia rodziny i posiadania własnego biologicznego potomstwa. Dobór grupy był celowy, ankietowane musiały być w wieku między 20 a 25 rokiem życia.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety przy użyciu narzędzia, jakim był autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawierał 25 pytań zamkniętych z możliwością wyboru tylko jednej odpowiedzi. W pierwszej części pytania dotyczyły wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia i wyznania, w drugiej części wiedzy na temat przyczyn niepłodności, znajomości przebiegu procedury *in vitro*, oraz własnych poglądów, jakie reprezentują w sprawie pozaustrojowych metod zapłodnienia. Ankietowane otrzymali szczegółowe informacje dotyczące wypełnienia ankiety oraz uzyskały zapewnienie o anonimowości zebranych danych, uzyskane informacje poddano analizie ilościowej i jakościowej.

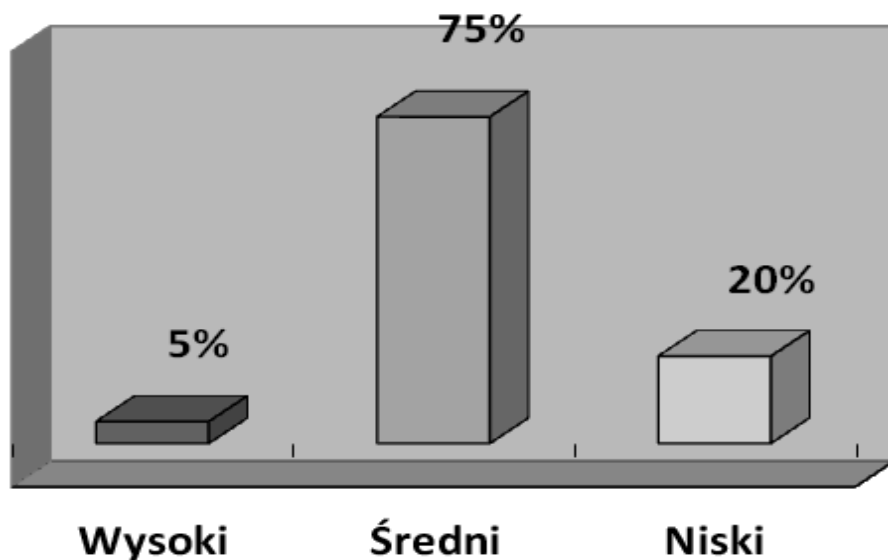
Wyniki badań

W badaniu wzięło udział 50 kobiet w wieku między 20 a 25 rokiem życia. Najliczniejszą grupę, 16 osób, stanowiły respondentki w wieku 23 lat. Szczegółowe dane dotyczące wieku respondentek zostały przedstawione na ryc. 1.

Ryc. 1. Wiek respondentek

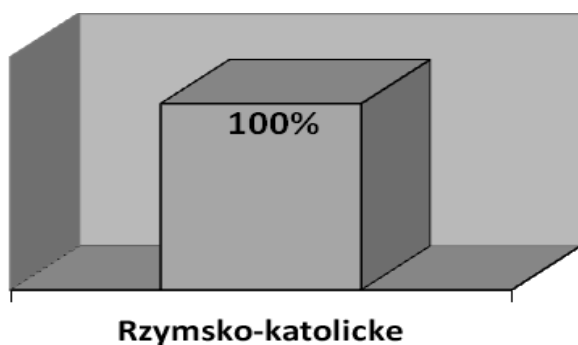


Poziom wiedzy na temat zapłodnienia *in vitro* 75% ankietowanych ocenia się jako średni. Szczegółowe informacje dotyczące wiedzy o zapłodnieniu *in vitro* przedstawiono na ryc. 2.

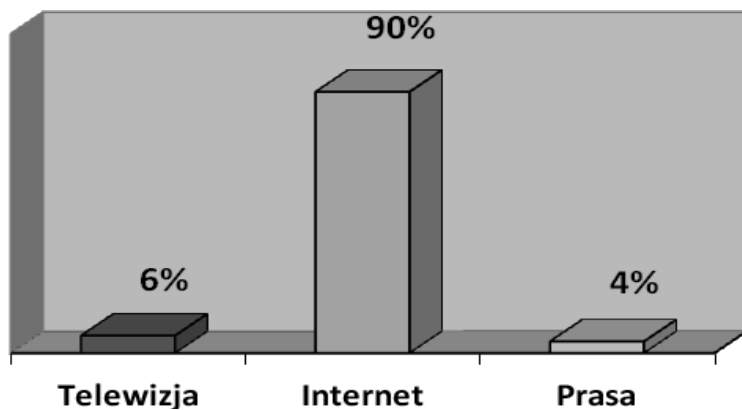
Ryc. 2. Poziom wiedzy respondentek na temat zapłodnienia *in vitro*

Wszystkie respondentki jednoznacznie deklarowały wyznanie rzymskokatolickie. Dane dotyczące wyznania respondentek przedstawiono na ryc. 3.

Ryc. 3. Wyznanie respondentek



Dziewięćdziesiąt procent ankietowanych deklaruje, iż informacje na temat *in vitro* czerpie głównie ze stron internetowych. Szczegółowe dane dotyczące źródła wiedzy o zapłodnieniu *in vitro* przedstawiono na ryc. 4.

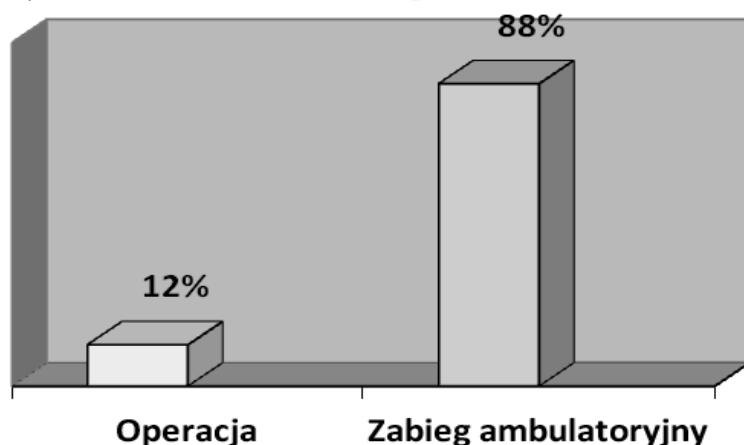
Ryc. 4. Źródła informacji o zapłodnieniu *in vitro*

Wszystkie ankietowane zgodnie uznały, że przyczyna niepłodności może leżeć za równo po stronie kobiety, jak i mężczyzny. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 5.

Ryc. 5. Przyczyny niepłodności według respondentek

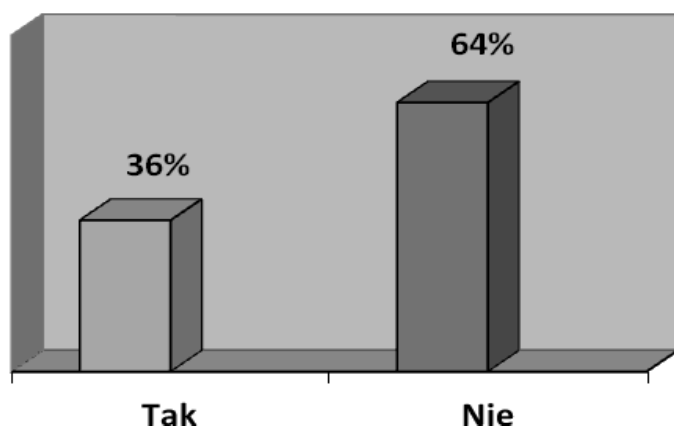


Większość ankietowanych, bo aż 88% uważa, że metoda pozaustrojowego zapłodnienia *in vitro* wykonywana jest w warunkach ambulatoryjnych. Dokładne dane dotyczące tego zagadnienia przedstawiono na ryc. 6.

Ryc. 6. Metoda *in vitro* zdaniem respondentek

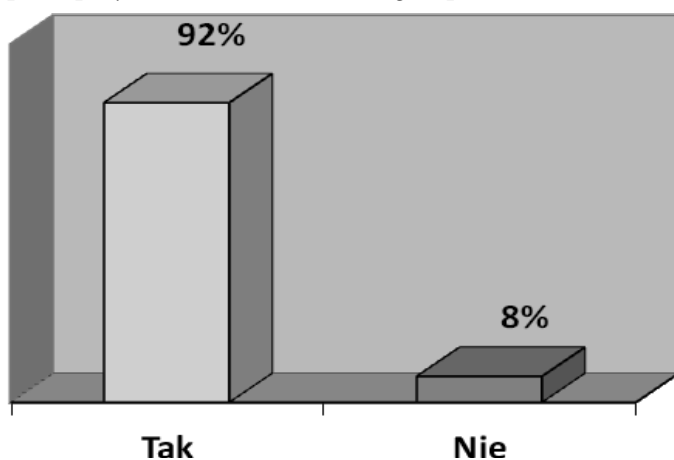
Sześćdziesiąt cztery procent ankietowanych deklarowało, że metoda *in vitro* nie jest sprzeczna z ich światopoglądem i zasadami moralnymi. Dokładne dane przedstawiono na ryc. 7.

Ryc. 7. Metoda *in vitro* w świetle światopoglądów i zasad moralnych respondentek



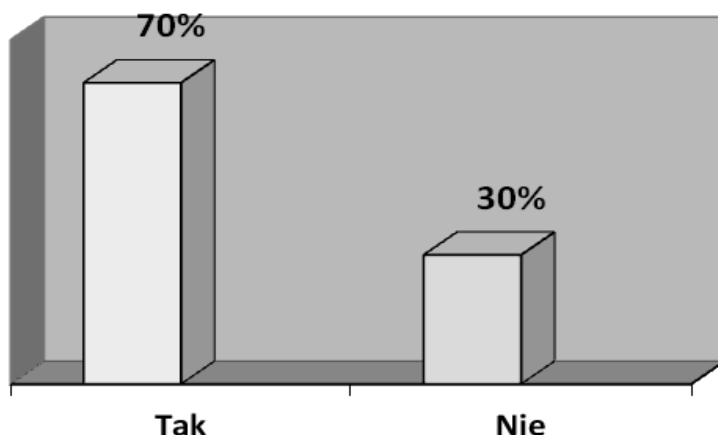
Dziewięćdziesiąt dwa procent ankietowanych popiera metodę *in vitro* jako szansę na posiadanie własnego potomstwa przez heteroseksualne pary. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 8.

Ryc. 8. Akceptacja metody *in vitro* jako szansy na posiadanie własnego potomstwa przez pary heteroseksualne według respondentek



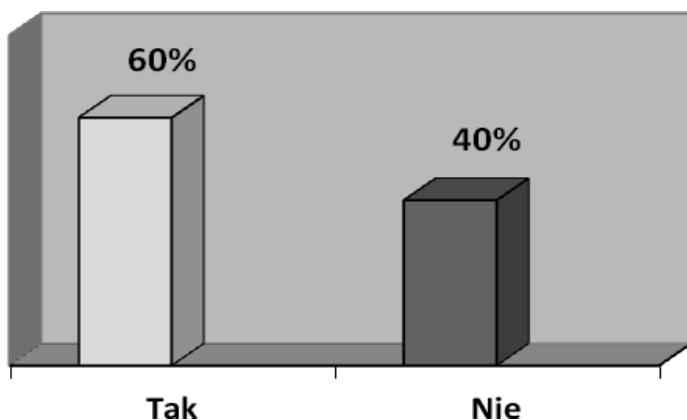
W przypadku niepłodności na zastosowanie metody *in vitro* deklaruje się 70% ankietowanych. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 9.

Ryc. 9. Możliwość dokonania zabiegu *in vitro* przez respondentki w przypadku niepłodności



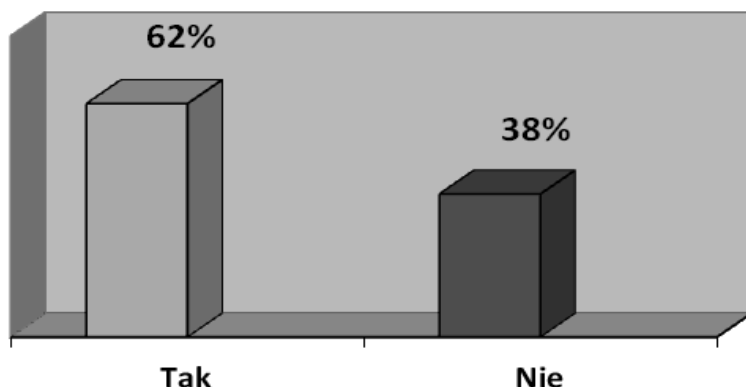
Sześćdziesiąt procent ankietowanych popiera możliwość wykorzystania komórek rozrodczych od nieznanego dawcy. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 10.

Ryc. 10. Możliwość wykorzystania komórek rozrodczych od niespokrewnionego dawcy według respondentek



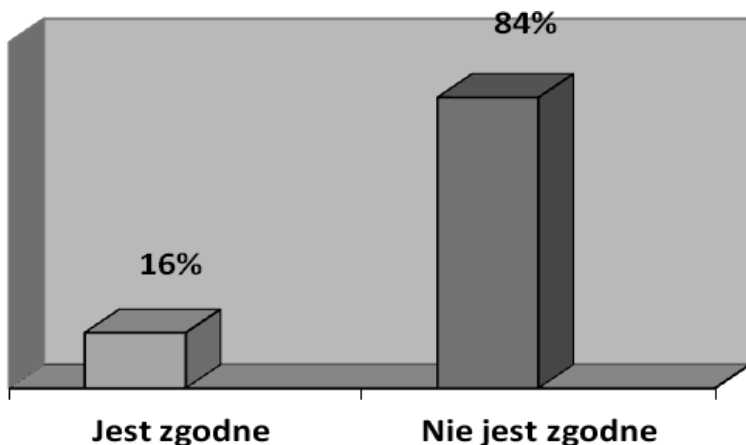
Sześćdziesiąt dwa procent respondentek uważa, że metoda *in vitro* powinna zostać dofinansowana ze środków publicznych. Dane przedstawiono na ryc. 11.

Ryc. 11. Możliwość dofinansowania metody *in vitro* ze środków publicznych według respondentek



Stanowisko Kościoła katolickiego w sprawie zapłodnienia *in vitro* popiera 16% ankietowanych. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 12.

Ryc. 12. Zgodność poglądów respondentek ze stanowiskiem Kościoła katolickiego dotyczącego zapłodnienia *in vitro*



Dyskusja

Wiek pomiędzy 20 a 25 rokiem życia u kobiet, to najczęściej czas przemyśleń o założeniu rodziny i posiadaniu potomstwa, w tym też czasie docierają do kobiet, ale także i do mężczyzn, informacje o coraz częściej pojawiającym się zaburzeniu płodności. Z różnych publikatorów można dowiedzieć się o metodach leczenia niepłodności,

choć podawane informacje są często niejasne i kontrowersyjne. Najczęstszym źródłem informacji jest Internet. Podawane tą drogą wiadomości z jednej strony rzeczywiście wzbogacają wiedzę, także o niepłodności męskiej i kobiecej, z drugiej strony przez anonimowość i brak bezpośredniego kontaktu z informatorem czynią zakres uzyskiwanej wiadomości niepełnym. Wynika stąd, że wiedza o prokreacji w rodzinie powinna być przekazywana przez osoby profesjonalne, związane z opieką medyczną, a w tym przede wszystkim przez lekarzy i pielęgniarki.

Obecnie przyjmuje się, że stan niepłodności może zależeć zarówno od dysfunkcji kobiet, jak i mężczyzn. Niestety, ciągle w powszechnym mniemaniu odpowiedzialność za niemożność posiadania dziecka przypisuje się nieprawidłowej funkcji układu rozrodczego u kobiet. Fakt ten jest podłożem wielu dramatów osobistych i rodzinnych. Szczególnego rodzaju problemem w ustaleniu zaburzeń płodności jest dostępność do metod diagnostycznych. O ile w przypadku kobiet możliwości rozpoznawcze są niemal powszechnie dostępne, o tyle w przypadku mężczyzn możliwość wykonania stosownych analiz jest znacząco ograniczona. Ten fakt winien być brany pod szczególną uwagę w dyskusji o problemach prokreacji.

Kobiety w wieku między 20 a 25 rokiem życia planujące posiadanie własnego potomstwa są świadome, że problem niepłodności dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Metoda *in vitro*, jako jedna z najsukuteczniejszych i najczęściej stosowanych metod leczenia niepłodności, nadal budzi wiele kontrowersji, a wiedza na ten temat nadal jest niewystarczająca. Kobiety poszukując informacji, najczęściej sięgają do źródeł internetowych, często nie potrafią wybrać tych, w których znajdują zgodne z prawdą, a zarazem obiektywne informacje. Kobiety wykazują znaczny deficyt wiedzy dotyczący zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro*, które zostały uwidocznione podczas przeprowadzonych badań 60-osobowej grupy respondentek. W wielu kwestiach odpowiedzi ankietowanych były zgodne w innych zaś diametralnie się różniły.

Według badań przeprowadzonych przez Instytut Badania Opinii Homo Homini na przełomie kwietnia i maja 2011 r., Polacy dostrzegają problem niepłodności, znają przyczyny i sposoby leczenia tego stanu. Największą wiedzę posiadają osoby młode, do 30 roku życia. Porównywalne wnioski wynikają z przeprowadzonych badań wśród grupy 50 kobiet z powiatu dąbrowskiego. Wiek badanych respondentek wahał się pomiędzy 20 a 25 lat, natomiast w pracy „Co Polak sądzi o *in vitro*?” Instytutu Badania Opinii Homo Homini z 2011 r., pomiędzy 18 a 65 rokiem życia. Niepłodność w obydwu badaniach kojarzona jest jako problem zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a świadomość tego stanu jest bardzo wysoka. Respondenci powyższego badania popierają zapłodnienie pozaustrojowe metodą *in vitro* jako metodę pozwalającą na poczęcie upragnionego potomstwa przez osoby borykające się z problemem niepłodności. Metodę popiera zdecydowana większość badanych, odrzuca zaledwie kilkanaście procent ze względu na wyznawaną religię oraz przekonania

i światopogląd, natomiast niewielka część ankietowanych nie ma konkretnego zdania na ten temat.

Metodzie *in vitro* kategorycznie sprzeciwiają się osoby głęboko wierzące wyznania rzymskokatolickiego i pozostające w zgodzie z poglądami głoszonymi przez Kościół katolicki. Zgodnie z głoszonymi przez Kościół katolicki poglądami – szczególnie kontrowersyjna jest kwestia samego momentu zapłodnienia, gdyż zgodnie z głoszoną wiarą, poczęcie poza organizmem kobiety, jest traktowane jako zachowanie wbrew naturze. Kolejny problem to technika zapłodnienia *in vitro*, w której wymagane jest, dla zwiększenia prawdopodobieństwa rozwoju ciąży, przygotowanie co najmniej kilku zarodków, z których tylko dwa lub trzy będą mogły być implantowane. Problem tkwi w tym, że większość zapłodnionych komórek nigdy nie będzie miała możliwości rozwoju. Część zarodków zginie podczas procedury implantacji, pozostałe zaś zostaną odpowiednio przechowane w oczekiwaniu na ponowne uczynnienie. Również rzekome niszczenie zapłodnionych a niewykorzystanych zarodków budzi sprzeciw Kościoła, co również ma wpływ na poparcie diagnostyki preimplantacyjnej, pozwalającej na wczesną diagnostykę chorób płodu – z tym stanowiskiem zgadza się i w pełni popiera 16% ankietowanych, ale 84% ankietowanych wyraża opinię przeciwną, mimo, co należy podkreślić, deklarowania wyznania rzymskokatolickiego.

Bardzo często poruszana kwestia konieczności wprowadzenia dofinansowania z budżetu państwa zabiegów *in vitro* również stanowi źródło sporu. Tę inicjatywę popiera około połowa ankietowanych, a porównywalna część uważa, że powinna być dofinansowana tylko w pewnej części, zaledwie kilka procent spośród pytanых osób twierdzi, że powinna być w pełni finansowana przez osoby zainteresowane takim rozwiązaniem. Natomiast badanie przeprowadzone na przełomie stycznia i lutego 2013 r. wykazało, że ponad połowa ankietowanych zdecydowani popiera finansowanie metody *in vitro* ze środków publicznych, sprzeciwiało się temu kilkadziesiąt procent pytanых kobiet. W badaniu kobiet powiatu dąbrowskiego wynika, że większość respondentek pomimo deklaracji wyznania rzymskokatolickiego, nie popiera stanowiska Kościoła. Duża część badanych uznaje metodę *in vitro* jako zgodną ze swoim światopoglądem i zasadami moralnymi oraz deklaruje, że w przyszłości zdecydowałoby się na nią w przypadku problemów z naturalnym poczęciem potomstwa. Badanie przeprowadzone wśród kobiet pomiędzy 20 a 25 rokiem życia, pochodzących z powiatu dąbrowskiego wykazało, że wiedza na temat pozaustrojowego zapłodnienia metodą *in vitro* jest niewystarczająca, co również potwierdzają wyniki badań Instytutu Badania Opinii Homo Homini. Wynika z nich, że Polacy wciąż kierują się stereotypami. Z przeprowadzonych w 2010 r. badań przez OBOP wynika, że poparcie metody *in vitro* deklaruje ponad połowa przebadanych osób. W 2012 r. badania zostały powtórzone przez firmę Inivicta, z których wynika, że zapłodnienie pozaustrojowe spotyka się z aprobatą większości ankietowanych.

Kilkuprocentowy wzrost poparcia pozaustrojowych metod wspomaganego rozrodu wynika z faktu lepszego informowania i edukacji społeczeństwa na temat zapłodnienia *in vitro* przez środki masowego przekazu. Jednak jest ona wciąż niewystarczająca [3, 4, 6, 8,].

Wnioski

Coraz częściej spotykany problem niepłodności, rozwój metod biotechnologicznych wspomaganego rozrodu oraz ogrom kontrowersji, które im towarzyszą, były powodem przeprowadzenia niniejszej pracy badawczej. Na podstawie przedstawionych badań ankietowych postawiono następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy kobiet w wieku 20–25 lat na temat zapłodnienia *in vitro* jest średni.
2. Problem niepłodności według respondentek dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
3. W przypadku niepłodności zarówno męskiej, jak i żeńskiej, większość kobiet zdecydowałaby się na pozaustrojowe zapłodnienie metodą *in vitro*.
4. Respondentki, pomimo deklaracji o wyznaniu rzymskokatolickim, popierają metodę pozaustrojowego zapłodnienia metodą *in vitro*.

Bibliografia

1. Dmoch-Gajzerska E., Baranowska B., Wyznanie a ocena etyczna wspomaganego rozrodu, *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2009, 4, 39–43.
2. Durak K., Tetych J., Jarmoluk P., Ikwanty K., *Sumienie jako kategoria etyczno-prawna w pracy pielęgniarek*, *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2009, 4, 29–35.
3. Grygoruk C., Mrugacz G., Grusza M., Ratomski K., Stasiewicz-Jarocka B., Pietrewicz P., *Transfer zarodków w świetle najnowszych badań*, *Nowa Pediatria* 2012, 4, 40–42.
4. Grygoruk C., Mrugacz G., Ratomski K., Grusza M., Talecka-Niczyporuk A., Pietrewicz P., *Praktyczne aspekty transferu zarodków*, *Nowa Pediatria* 2012, 1, 8–11.
5. Kruszyńska A., Słowińska-Srzednicka J., *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu policystycznych jajników*, *Postępy Nauk Medycznych* 2008, 3, 148–153.
6. Krzeziński T., *Ludzki embriion czy ma prawo do życia?*, Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2011.
7. Szymański Ł., *In vitro*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2009.
8. www.contrainvitro.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=293:naukowcy-przeciw-in-vitro.

Magdalena Wilk-Frańczuk¹, Małgorzata Starczyńska²

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wpływ rehabilitacji na poprawę sprawności fizycznej u osób starszych

Abstract: The elderly group of population is constantly increasing. With the aging of our population, it has become imperative to maximize and maintain the function of all patients in order to preserve their quality of life and decrease health care costs. Physical activity in the elderly is of utmost importance in the prevention of disease, maintenance of independence and improvement of quality of life. Although the health benefits of physical activity for elderly persons are well established, exercise is an underused form of health promotion, especially in the elderly population. Many elderly patients have multiple diseases which contribute significantly to the reduction of physical activity and very often lead to a sedentary lifestyle. Mobility impairments, joints deformations, osteoporosis, weakening of sensory functions and orientation in space, which are quite common in senility expose elderly individuals to various kinds of falls and functional disorders in performing simple tasks of daily living. Falls are a common and complex geriatric syndrome that cause considerable, reduced functioning, premature need staying in the elderly a nursing home and mortality.

Key words: the elderly, physical activity, physiotherapy, fall prevention

Starzenie się społeczeństwa jest ciągle dużym wyzwaniem dla wielu dziedzin nauki, w tym również dla medycyny i rehabilitacji. W tej grupie wiekowej rehabilitacja spełnia niezmiennie istotną rolę, zarówno profilaktyczną, jak i leczniczą. Odpowiednio dostosowany program postępowania rehabilitacyjnego ma za zadanie zarówno utrzymać poziom sprawności, jak i prowadzić postępowanie usprawniające, ukierunkowane na konkretne potrzeby osób starszych i chorych (najczęściej wyróżnia się trzy formy rehabilitacji – prewencyjną, ogólną i celową) [20]. Za osobę starszą uznaje się kobietę bądź mężczyznę w wieku powyżej 65 roku życia. W związku ze stałą tendencją do wydłużania się tego okresu życia, dzieli się go na trzy grupy wiekowe. Pierwsza to tzw. młodzi-starzy (*young-old*), obejmuje osoby od 65 do 74 roku życia. Do drugiej grupy tzw. starzy-starzy (*old-old*) należą osoby będące w wieku od 75 do 84 roku życia. W trzeciej znajdują się osoby będące w wieku powyżej 85 roku życia tzw. najstarsi-starzy (*oldest-old*) [7]. Rosnąca liczba osób starszych powoduje konieczność stworzenia systemu szeroko rozumianej opieki gwarantującej utrzymanie bądź odzyskanie maksymalnego możliwego poziomu sprawności fizycznej [30]. Umożliwia ona samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego, co jest jednym z ważniejszych elementów oceny jakości życia. W 1968 r. Światowa Or-

ganizacja Zdrowia (WHO) określiła definicję sprawności fizycznej jako zdolności do efektywnego wykonania pracy mięśniowej, a w roku 1996 ogłosiła wytyczne dotyczące propagowania aktywności fizycznej wśród osób starszych. Według Drabika, możliwość wykonywania ruchów, umiejętność przemieszczania ciała określana jest mianem sprawności ruchowej. Natomiast sprawność fizyczna w ogólnym rozumieniu jest poziomem tych możliwości i umiejętności [5].

Rok 2012 decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 940/2011/UE, został ogłoszony Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Celem tych działań było zwrócenie uwagi na problemy starzejących się społeczeństw krajów należących do Unii Europejskiej oraz aktywizacja wszelkich działań mających na celu poprawę jakości życia osób starszych. Aktywizacja osób starszych jest ważnym zadaniem dla polityki społecznej starzejących się społeczeństw. Jej brak może być przyczyną izolacji społecznej, samotności, niesprawności psychoruchowej. Aktywizacja najczęściej przybiera formę uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, klubie seniora czy wolontariatu. W 2012 r. Rada Unii Europejskiej przypomniała również, że zdrowe starzenie się jest procesem ciągłym, zachodzącym na przestrzeni całego cyklu życia i ważne jest wspieranie takiego podejścia wśród obywateli. Działania te mogą być realizowane poprzez podejmowanie wielodyscyplinarnych działań na rzecz promocji zdrowia, zapobiegania chorobom oraz działań w dziedzinie opieki zdrowotnej i społecznej. Konieczna jest w tym względzie współpraca z całym społeczeństwem i we wszystkich dziedzinach polityki [25].

Wielu autorów podkreśla znaczenie aktywności i sprawności fizycznej w procesie starzenia się [7, 14, 16, 17, 22, 33]. Zmiany fizjologiczne związane i narastające wraz z wiekiem powodują stopniowe obniżanie się poziomu sprawności fizycznej (jak podaje Skelton i wsp. [29], rocznie tracimy około 1% ogólnej wydolności fizycznej i 3,5% siły kończyn dolnych), a dodatkowym czynnikiem nasilającym jest zmniejszająca się aktywność fizyczna. Tymczasem zachowanie aktywności fizycznej jest określane jako jeden z ważniejszych czynników wpływających nie tylko na profilaktykę wielu chorób, utrzymanie niezależności funkcjonalnej, poprawę jakości życia, ale również długość życia [23, 24]. Badania Budzyńskiej-Kapczuk [3] oraz Fideckiego i wsp. [8] wykazały, że problemy z mobilnością i zaburzenia równowagi obniżają jakość życia ludzi w podeszłym wieku przez zawężenie ich przestrzeni życiowej, a także spowodowały konieczność uzależnienia od innych.

W badaniach Kupisz-Urbańskiej i wsp. dotyczących oceny sprawności ruchowej przeprowadzonych wśród 94 stulatków wykazano, że grupa ta charakteryzuje się stosunkowo dużą sprawnością fizyczną, a w porównaniu płci, pomimo znacznie mniejszej liczebności, większą sprawność prezentowali mężczyźni [16]. Potwierdzają to badania dotyczące osób starszych innych autorów, w których również zwrócono uwagę na fakt, że mężczyźni częściej od kobiet podejmują aktywność fizyczną

[20, 21]. A chociaż korzyści zdrowotne wynikające z aktywności fizycznej dla osób starszych są dobrze znane, to ćwiczenia nadal są rzadko stosowaną formą promocji zdrowia w tej populacji osób. Opublikowane informacje Głównego Urzędu Statystycznego przedstawiają niepokojące dane, że najczęstszą formą spędzania wolnego czasu jest słuchanie i oglądanie telewizji. Tylko niecałe 4% osób po 65 roku życia deklaroowało aktywne formy, a około 9% pracę na działce. Potwierdzają to również publikacje innych autorów [9, 13, 14, 15].

Osoby w podeszłym wieku często mają wiele współwystępujących chorób, które znacząco przyczyniają się do ograniczenia ich aktywności fizycznej i bardzo często prowadzą do siedzącego trybu życia [17]. Zmiany deformacyjne stawów, osteoporoza, osłabienie mięśni, ograniczenie ruchów w stawach, zaburzenia widzenia, słuchu czy orientacji przestrzennej, narażają osoby starsze na zaburzenia równowagi prowadzące często do różnego rodzaju upadków. Dodatkowym problemem zwiększającym ryzyko upadku jest osteoporoza prowadząca do złamań kości nawet przy niewielkim urazie bądź nawet w wyniku sumowania się mikrourazów [4]. Oprócz przyczyn wewnętrznych uwagę należy zwrócić także na zewnętrzne czynniki ryzyka najczęściej związane z warunkami środowiska oraz farmakoterapią. Upadki są powszechnym i złożonym problemem powodującym często przedwczesną potrzebę objęcia osoby starszej stałą opieką, a nierzadko również prowadzą bezpośrednio lub pośrednio do śmierci [6, 19, 26, 28]. Jak podaje Masud [19], raz w roku upadki zdarzają się u 28–32% osób powyżej 65 roku życia i u 32–42% powyżej 75 roku życia. W grupie wiekowej poniżej 75 roku życia są to najczęściej upadki poza miejscem zamieszkania, a u osób powyżej 75 roku życia w domu. Według danych z różnych źródeł blisko połowa upadków prowadzi do hospitalizacji, a około 10–15% kończy się poważnymi obrażeniami [6, 27]. Występujące u osób starszych zaburzenia równowagi mogą mieć, jak wspomniano wcześniej, różne podłoże, w tym mogą wynikać ze zmieniającej się z wiekiem postawy ciała. Wykrycie tych zaburzeń jest kluczową sprawą w profilaktyce upadków i złamań powstających w ich wyniku [2, 11]. Oprócz tego ważnym elementem zapobiegania upadkom wśród osób starszych są wielokierunkowe działania, obejmujące nie tylko zorganizowanie „bezpiecznego domu/mieszkania”, ale również zmiany w środowisku poza domem (oświetlenie pomieszczeń użyteczności publicznej, dostosowanie środków komunikacji masowej itp.) [1, 26]. Rehabilitacja oparta między innymi na programie zawierającym ćwiczenia, których celem jest zwiększenie siły mięśni, zakresu ruchów, a także ćwiczenia równoważne, koordynacyjne – to również niezmiennie istotny element w profilaktyce upadków. Odpowiednio zindywidualizowany program rehabilitacji stosowany u osób starszych pozwala na utrzymanie sprawności fizycznej bądź jej odzyskanie. Indywidualizacja postępowania usprawniającego zakłada z kolei uwzględnienie wszystkich dysfunkcji oraz poziomu sprawności ruchowej i umysłowej. Wyznaczanie konkretnych celów terapii, takich jak na przykład przejście do toalety, do kiosku

z gazetami, jest łatwiejsze w motywowaniu osób starszych do współpracy w zakresie poprawy ich sprawności i funkcjonowania. Łatwiej też terapeutycie współpracować, jeśli pacjent widzi konkretne korzyści (cele funkcjonalne wpływające na samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego związane z samoobsługą w zakresie higieny, jedzenia itp.) płynące z poszczególnych elementów składających się na cały program terapii [7, 18, 20, 23, 31, 32].

Zwiększający się odsetek osób starszych powoduje konieczność badań nad możliwościami zachowania do późnej starości takiego poziomu sprawności, który umożliwiałby pełną samowystarczalność. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że co druga osoba 80-letnia bądź starsza i co trzecia 70-letnia, ma problemy w codziennym funkcjonowaniu. Blisko połowa tych osób niedogodności w codziennym funkcjonowaniu musi pokonywać samodzielnie. Prawie 40% osób w wieku 70 lat i więcej ma problemy z podstawową samoobsługą, a co piąta osoba z takimi ograniczeniami chciałaby jakąś pomoc uzyskać, bądź ją znacznie rozszerzyć. Generalnie starsi ludzie oczekują pomocy od innych osób, w mniejszym stopniu natomiast potrzebują specjalnych urządzeń czy wyposażenia. Jak wspomniano wcześniej, każde ograniczenie mobilności powoduje zdecydowane obniżenie oceny jakości życia osoby starszej. Samodzielne poruszanie się jest ważnym i motywującym czynnikiem wpływającym na ocenę jakości życia. Według GUS, ponad 8% osób, najczęściej 70-letnich i starszych, ma trudności w przejściu 500 m bez użycia specjalnych pomocy (laski, kuli, balkoniku). W tej grupie wiekowej mniejsze lub większe problemy z przemieszczaniem się ma co druga osoba. Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) ma blisko co siódma osoba dorosła, ale już co czwarta osoba 60-letnia i aż 60% osób 70-letnich i starszych [9]. Zaburzenia dotyczące wzorca chodu związane z wiekiem obejmują jego spowolnienie, skrócenie i zmniejszenie częstotliwości wykonywania kroków, wydłużenie fazy podwójnego podparcia oraz skrócenie fazy przenoszenia. Innym problemem mogą być deformacje stopy pod postacią palucha koślawego czy wady, takie jak płaskostopie poprzeczne bądź podłużne. Usposabia do tego dodatkowo nadmierna masa ciała.

Powszechnie wiadomo, że otyłość i nadwaga prowadzą do licznych powikłań zdrowotnych. W badaniach Józwiak i wsp. [12] u 1219 pacjentów hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym oceniano Body Mass Index – BMI pod kątem ryzyka zgonu. Stwierdzono najwyższą śmiertelność wśród chorych z niedowagą, a najmniejsza wśród osób z nadwagą i otyłością, przy czym jeśli BMI przekraczało wartość 35, obserwowano ponowny wzrost umieralności. Zaburzenia odżywiania są na pewno poważnym problemem u osób starszych, jednak w prezentowanych badaniach nie analizowano innych czynników ryzyka. Otyłość i obniżona aktywność ruchowa wpływają niewątpliwie niekorzystnie na stan zdrowia i podnoszą ryzyko wielu chorób. Prowadzi to do dodatkowego nasilenia dolegliwości występu-

jących u starszych osób, znacząco wpływając na stan zdrowia i jakość życia [10, 17]. Pojawiające się problemy z przemieszczaniem się nasilają ograniczenie sprawności fizycznej. Wynikają one między innymi ze zniekształceń stóp, dolegliwości bólowych w wyniku nadmiernego obciążenia stawów.

Wskutek zmian związanych z postępującym wiekiem, ograniczeniem bądź utratą samodzielności i sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, osoby starsze często tracą motywację do podejmowania różnych działań. Jednym z efektów rehabilitacji opartej na systematycznym, indywidualnie dostosowanym wysiłku fizycznym, jest przywrócenie chęci do życia i odczuwanie motywacji do zmiany stylu życia na bardziej aktywny. Wysiłek fizyczny jest bowiem czynnikiem znacznie wspomagającym psychoterapię, a podejmowana regularnie oraz w grupie przywraca osobę do życia społecznego, eliminując izolację oraz stwarza okazję do nawiązywania kontaktów społecznych. Systematyczność działań poprawiających sprawność fizyczną w takiej formie poprawia organizację życia i sprzyja wyznaczaniu oraz realizacji celów. Rosnącą popularnością cieszy się forma aktywności fizycznej jaką jest nordic walking. Chód z kijkami oparty na odpowiedniej technice wpływa na odciążenie stawów w czasie fazy podporu, poprawia koordynację ruchową i ogólnie mówiąc, sprawność fizyczną. Oczywiście nie jest to jedyna forma zalecanej aktywności fizycznej dla osób starszych.

Bibliografia

1. Al-Aama T., *Falls in The Elderly. Spectrum and Prevention*, Canadian Family Physician 2011, 57, 771–776.
2. Błaszczyk J.W., Czerwosz L., *Stabilność posturalna w procesie starzenia*, Gerontologia Polska 2005, 13, 1, 25–36.
3. Budzyńska-Kapczuk A., *Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biała Podlaska*, Gerontologia Polska 2004, 12, 24–31.
4. Czerwiński E., Borowy P., Jasiak-Tyrkalska B., *Współczesne zasady zapobiegania upadkom z wykorzystaniem rehabilitacji*, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2006, 4 (6), 8, 380–387.
5. Drabik J., *Aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa*, Antropomotoryka 2009, 46, 119–123.
6. Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J.T., *Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka*, Hygeia Public Health 2011, 46, 3, 313–318.
7. Felsenthal G., Lehman J.A., Stein B.D., *Principles of Geriatric Rehabilitation*, [w:] *Physical Medicine and Rehabilitation*, red. R.L. Braddom, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania 2000, 1343–1367.
8. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Walas L., Sienkiewicz Z., *Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92, 2, 221–225.

9. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.
10. Grochowska A., Kołpa M., Musiał Z., *Wpływ otyłości na funkcjonowanie osób dorosłych*, Problemy Pielęgniarstwa 2010, 18, 1, 25–29.
11. Gusi N., Adsuar J.C., Corzo H., del Pozo-Cruz B., Olivares P.R., Parraca J.A., *Balance Training Reduces Fear of Falling and Improves Dynamic Balance and Isometric Strength in Institutionalized Older People: A Randomized Trial*, Journal of Physiotherapy 2012, 58, 97–104.
12. Józwiak A., Guzik P., Wieczorowska-Tobis K., *Wskaźnik masy ciała jako czynnik rokowniczy umieralności wewnątrzszpitalnej wśród pacjentów oddziału geriatrycznego*, Gerontologia Polska 2005, 13, 4, 266–270.
13. Kaczmarek M., Skrzypczak M., Maćkowiak K., *Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn*, Gerontologia Polska 2006, 14, 2, 84–90.
14. Kaczmarczyk M., Trafiałek E., *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, Gerontologia Polska 2007, 15, 4, 116–118.
15. Kozak-Szkopek E., Galus K., *Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku*, Gerontologia Polska 2009, 17, 2, 79–84.
16. Kupisz-Urbańska M., Broczek K., Mossakowska M., *Ocena sprawności ruchowej polskich stulatków – wybrane zagadnienia*, Gerontologia Polska 2006, 14, 1, 36–40.
17. Łukasik A., Barylski M., Irzmański R., *Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa*, Geriatria 2011, 5, 315–323.
18. Maciejuk-Płońska A., Nasiłowska-Barud A., Kostecka P., Fedorovich V., *Psychologiczne aspekty rehabilitacji osób starszych po złamaniu szyjki kości udowej*, Polski Merkuriusz Lekarski 2012, XXXII, 187, 79–81.
19. Masud T., Morris R.O., *Epidemiology of Falls, Age and Ageing* 2001, 30-S4, 3–7.
20. Mazurek J., Rymaszewska J., Lurbiecki J., *Specyfika i czynniki warunkujące skuteczność fizjoterapii osób starszych w świetle najnowszych doniesień*, Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, 70–74.
21. Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B., *Czy dolegliwości reumatyczne istotnie ograniczają sprawność po 60. roku życia?*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008, 118, 31–35.
22. Mrozek-Gąsiorowska M.A., *Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2011, IX, 1, 128–143.
23. Paterson D.H., Warburton D.E.R., *Physical Activity and Functional Limitations in Older Adults: A Systematic Review Related to Canada's Physical Activity Guidelines*, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2010, 7, 38.
24. Prączko K., Kostka T., *Aktywność ruchowa a występowanie infekcji górnych dróg oddechowych u osób w starszym wieku*, Gerontologia Polska 2005, 13, 3, 195–199.
25. Rada Unii Europejskiej, *Konkluzje Rady – Zdrowe starzenie się w ciągu całego cyklu życia*, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 21.12.2012, 2012/C, 396/8–396/11.
26. Rubenstein L.Z., Josephson K.R., *Falls and their Prevention in Elderly People: What does the Evidence Show?*, The Medical Clinics of North America 2006, 90, 807–824.

27. Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2011, 1, 50–59.
28. Skalska A., Żak M., *Upadki – ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne*, Standardu Medyczne 2007, 4, 156–163.
29. Skelton D.A., Greig C., Davies J.M., Young A., *Strength, Power and Functional Ability in Healthy People Aged 65–89 Years*, Age Aging 1994, 23, 371–377.
30. Szukalski P., *Umieralność osób bardzo starych w Polsce w latach 1931/1932–2005*, Gerontologia Polska 2007, 15, 1–2, 31–39.
31. Wilk M., *Indywidualizacja procesu rehabilitacji u osób w wieku podeszłym – studium dwóch przypadków*, Studia Medyczne 2008, 10, 43–46.
32. Wilk-Frańczuk M., Frańczuk B., *Rehabilitacja pooperacyjna u osób starszych po wybranych zabiegach w zakresie ortopedii i traumatologii*, [w:] *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii*, red. B. Zboina, G. Nowak-Starz, Ostrowiec Świętokrzyski 2009, 49–57.
33. Żak M., *Rehabilitacja osób po 80 roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego*, Gerontologia Polska 2005, 13, 3, 200–205.

Katarzyna Kowalska-Gajewska, Anna Molenda-Skowronek,
Marta Kowalewska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wpływ leczenia substytucyjnego preparatem tyroksyny ze szczególnym uwzględnieniem zmian skórnych u pacjentów z niedoczynnością tarczycy

Abstract: The paper presents the impact of thyroxine replacement therapy preparations for skin lesions. An analysis of the effect of treatment of hypothyroidism thyroxine preparations for skin lesions in patients with: primary, secondary, and tertiary hypothyroidism. The analysis has also been differences in the occurrence of skin symptoms in different types of hypothyroidism and the presence of correlation between the severity of skin symptoms and severity of disease. Hypothyroidism (hypothyreosis) is a clinical syndrome caused by deficiency of thyroxine and the resulting deficient action of triiodothyronine in the cells of the body, leading to a slowing of metabolic processes, there is five times more common in women than in men. In most cases manage to achieve the status of euthyroid patients. The success of substitution treatment for hypothyroidism is still-compliance during treatment. Difficulties in obtaining euthyroidism is also seen in patients with poor eating habits leading to uncontrolled weight gain, which leads to an increase demand for thyroxine. A special group is made up of patients with malabsorption who are very often require much higher doses than the standard. Also, elderly patients affected by heart disease can not tolerate treatment. Skin symptoms are very closely related to the severity of the disease, the state of hormonal deficiency or age. Much greater in intensity observed in the case of primary hypothyroidism than in the case of secondary or tertiary hypothyroidism. However, in the case of different types of primary hypothyroidism, there are no clear differences in skin symptoms occur. There is always a relationship of simultaneous (linear) deterioration in hypothyroidism and the observed lesions. The right dose of L-thyroxine in a short time relieving the symptoms of the skin and is evidence of the effectiveness of treatment.

Key words: thyroid, underactive thyroid, skin lesions

Początek XXI wieku okazał się niezwykle owocny dla rozwoju endokrynologii. Pojawiło się bowiem wiele badań naukowych z zakresu zasadności stosowania leczenia substytucyjnego [1]. Główną jego zasadą jest dostarczanie do organizmu pacjenta brakującego lub występującego w zbyt niskim stężeniu hormonu. Wczesne zdiagnozowanie hipotyreozy pozwala uniknąć komplikacji, skracając czas potrzebny na wprowadzenie skutecznego leczenia. Właściwy dobór dawki leków hormonalnych oraz długoterminowe leczenie pacjenta – to główne zadania, przed którymi staje endokrynolog. Często zdarza się, że występowanie zmian skórnych wiąże się

w ścisły sposób z niedoczynnością tarczycy. Pacjenci odczuwają związany z tym silny dyskomfort. W tym miejscu pojawia się pole do działania dla dermatologów i kosmetologów.

Wśród wielu patologii dermatologicznych wyróżnia się jednostki, których występowanie może sugerować istnienie bądź rozwój różnych ogólnoustrojowych zespołów chorobowych. Znajomość objawów skórnych w istotnym stopniu przyczynia się do wcześniejszego wykrycia choroby, co w konsekwencji pozwala lekarzowi szybciej wdrożyć leczenia. Efektywność leczenia i jego wpływ na organizm może być również monitorowana w czasie wizyt pacjenta w gabinecie kosmetycznym.

Tarczycza należy do największych gruczołów wydzielania dokrewnego. Jej prawidłowe funkcjonowanie ma ogromne znaczenie dla prawidłowego rozwoju i zdrowia każdego człowieka. Jednak, tak jak w przypadku innych narządów, tak i prawidłowe funkcjonowanie tarczycy może ulec licznym zaburzeniom.

Choroby tarczycy należą obecnie do jednych z najczęściej występujących na świecie, obok chorób serca i nowotworów. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, u ponad 200 milionów ludzi występuje powiększenie gruczołu tarczowego. W Polsce choroby tarczycy występują u około 22% populacji [2] i są ok. 5-krotnie częściej obserwowane u kobiet niż u mężczyzn [3]. Do najczęściej występujących zaliczane są choroba Hashimoto, poporodowe zapalenie gruczołu tarczowego i choroba Gravesa-Basedowa. Czas ich występowania może przypadać na okres rozrodczy, co często okazuje się przyczyną wielu nieprawidłowości, zarówno u ciężarnej (m.in. nabyta niedoczynność tarczycy), jak i płodu (wrodzona niedoczynność tarczycy) [3].

Niedoczynność (hipotyreoza) jest stanem chorobowym będącym skutkiem zbyt małej ilości hormonów tarczycy. Ich niedobór prowadzi do powstawania zaburzeń metabolicznych takich, jak: obniżenie zużycia tlenu, upośledzenie zdolności odbudowy związków wysokoenergetycznych i użytkowania energii w nich zawartej. Zaburzenia te wywołują dysfunkcję układów: sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, moczowego oraz nerwowego [4]. Niedoczynność manifestuje się również przez zły stan skóry chorego.

Szczegółowa analiza obrazu chorobowego różnych typów niedoczynności tarczycy z uwzględnieniem licznych objawów skórnych powinna pomóc w rozwiązywaniu wielu problemów, między innymi z dziedziny kosmologii.

Tarczycza, czyli tzw. gruczoł tarczowy (*glandula thyroidea*) jest jednym z gruczołów wydzielania wewnętrznego w organizmie człowieka. Jego masa (u dorosłego człowieka) waha się od 30 do 60 gramów (przy czym zwykle większa masa obserwowana jest u mężczyzn) i ok. 1,5 grama u noworodków. Gruczoł ten jest narządem nieparzystym, umiejscowionym w przedniej okolicy szyi, przed tchawicą i krtanią, na ogół pomiędzy kręgami piątym szyjnym (C5) i pierwszym piersiowym (Th1). Wyglądem przypomina motyla, składa się bowiem z dwóch płatów bocz-

nych (skrzydła), połączonych wąskim pasmem tkanki gruczołowej zwanym węziną. Bardzo często płąt prawy jest większy od lewego. Górne bieguny obu płatów można zlokalizować na wysokości chrząstki tarczowej, natomiast dolne – nad stawami mostkowo-obojczykowymi [5].

Mikroskopowo tarczycę ma budowę zrazikową. Każdy ze zrazików budują ściśle przylegające do siebie pęcherzyki o średnicy 0,05–0,12 mm i ścianach składających się z pojedynczej warstwy komórek nabłonkowych [5]. Pęcherzyki te wypełnione są substancją białkową (koloidem), będącą miejscem magazynowania hormonów tarczycowych. Kształt komórek ulega zmianom w zależności od stanu funkcjonalnego gruczołu. W przypadku pobudzenia gruczołu do wydzielania hormonu (np. poprzez zwiększenie stężenia tyreotropiny – TSH) komórki pęcherzykowate stają się walcowate, a ilość koloidu zmniejsza się. Natomiast w przypadku niedostatecznej stymulacji, co prowadzi do obniżonej czynności, komórki stają się płaskie, a pęcherzyki obficie wypełniają się koloidem.

Oprócz komórek pęcherzykowych w skład gruczołu tarczowego wchodzi także komórki endothelium (ok. 15%), fibroblasty (10%) oraz komórki otokopęcherzykowe wytwarzające kalcytoninę. Tarczycę z zewnątrz pokrywa torebka łącznotkankowa. Jej zewnętrzna warstwa otacza symetrycznie ułożone wielkie tętnice i żyły tarczowe i gruczoły przytarczyczne, natomiast wewnętrzna wnika do tarczycy i dzieli gruczoł na zraziki [6].

Niedoczynność tarczycy (*hypothyreosis*) jest zespołem klinicznym spowodowanym niedoborem tyroksyny i wynikającym z tego niedostatecznym działaniem trijodotyroniny w komórkach ustroju, prowadzącym do spowolnienia procesów metabolicznych [7]. Niedoczynność tarczycy występuje pięciokrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Na obraz kliniczny choroby duży wpływ ma stopień niedoboru hormonów tarczycy oraz jego przyczyna. Z etiologicznego punktu widzenia niedoczynność tarczycy może mieć charakter pierwotny – spowodowany uszkodzeniem gruczołu tarczowego, albo wtórny – spowodowany zaburzeniami funkcji ośrodków nadrzędnych, tj. przysadki (niedoczynność drugorzędowa – niedobór TSH) lub podwzgórza (niedoczynność trzeciorzędowa – niedobór TRH). W zależności od tego, w którym etapie rozwoju osobniczego dochodzi do niedoboru hormonów tarczycy, wyróżnia się niedoczynność tarczycy wrodzoną i nabytą [8].

Pierwotna niedoczynność tarczycy charakteryzuje się zmniejszoną zdolnością syntezy hormonów przez gruczoł tarczowy. Taki stan jest najczęściej spowodowany:

- przewlekłym autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy (choroba Hashimoto),
- podostrym zapaleniem gruczołu tarczowego,
- poporodowym zapaleniem tarczycy,
- całkowitym lub subtotalnym wycięciem tarczycy,

- leczeniem 131I,
- napromieniowaniem okolicy szyi,
- nadmiernym spożyciem jodków,
- stosowaniem amiodaronu,
- niedoborem jodu w środowisku,
- aplazją lub hipoplazją tarczycy,
- ektopią tarczycy,
- przedawkowaniem leków przeciwtarczycowych,
- przewlekłą ekspozycją na substancje wolotwórcze (goitrogeny, maniok, nadchlorany, nadtechnecjany),
- przyjmowaniem niektórych leków (np. związków litu, fenytoiny) [9].

Wymienione wyżej przyczyny występowania niedoczynności tarczycy można zaliczyć do grupy „chorób nabytych”. Niestety, niedoczynność gruczołu tarczowego może mieć również charakter wrodzony. Pojawia się ona u dzieci:

- urodzonych przez matki z niewyrównaną niedoczynnością tarczycy w czasie ciąży,
- z wrodzonymi defektami enzymatycznymi syntezy hormonów tarczycy [9].

Do zaburzeń skórnych towarzyszących niedoczynności tarczycy należy zaliczyć:

- błądź i suchość skóry,
- obrzęki (zwłaszcza twarzy, powierzchni grzbietowych dłoni i stóp),
- kserodermia – uogólnione rogowacenie skóry,
- keratodermia dłoniowo-podeszwowa,
- rogowacenie mieszkowe,
- obrzęk śluzowaty,
- karotenodermia,
- zmniejszone wydzielanie potu,
- żółtaki,
- opóźnione wytwarzanie blizn,
- skłonność do ropnego zapalenia skóry,
- skurcz naczyń tętniczych,
- pęcherze wywołane tarcie, i
- objaw brudnych łokci,
- plamica i wybroczyny,
- tkanka podskórna: łysienie rozlane, łysienie plackowate, owłosienie mieszkowe u noworodków, nadmierne owłosienie płodowe,
- wypadanie włosów, w tym brwi i rzęs,
- łamliwość paznokci.

Objawy te zazwyczaj nie występują jednocześnie, a ich gradacja uzależniona jest od tempa rozwoju choroby (powolny rozwój choroby mającej swe podłoże w stanach zapalnych oraz szybki rozwój w przypadku niedoczynności rozwijających się w sposób nagły – np. po operacyjnym usunięciu tarczycy), od czynników geograficznych i środowiskowych (np. spożywanie jodków lub czynników wolotwórczych), a także od genetycznego uwarunkowania populacji. W badaniu przedmiotowym stwierdza się:

- obniżenie ciepłoty powłok, skóra jest sucha i szorstka, z charakterystycznym przebarwieniem na skórze kolan i łokci; naskórek w obrębie zmian jest szorstki, pomarszczony, łuszczy się, łatwiej niż naskórek zdrowy ulega zabrudzeniu, co daje wrażenie brudnych plam, szczególnie na tle bladej w niedoczynności tarczycy skóry (objaw brudnych kolan i łokci),
- włosy są przerzedzone, suche, szorstkie i łamliwe, u części chorych obserwuje się podwyższony odsetek włosów telogenowych; często występuje również objaw Hertoghe’a polegający na wyłysieniu 1/3 zewnętrznej części brwi [10],
- mimika twarzy jest uboga, twarz jest „nalana”,
- obrzęki powiek i okolicy oczodołów, a następnie całego ciała; cechą charakterystyczną obręzków w niedoczynności tarczycy jest to, że ucisk palcem nie pozostawia dołka; obrzęk spowodowany jest zmniejszonym metabolizmem kwasnych mukopolisacharydów, które gromadzą się pod skórą tworząc tzw. obrzęk śluzowaty (*myxoedema*),
- charakterystyczna chrypka, obniżenie tembru głosu; objawy te wiąże się z obrzękiem strun głosowych,
- język jest powiększony i nabrzmiały, czego główną przyczyną jest przerost mięśni języka,
- osłabienie siły mięśniowej i obecność osłabionych i charakterystycznie wydłużonych odruchów ścięgniastych,
- podczas mierzenia ciśnienia tętniczego u chorych z niedoczynnością tarczycy obserwuje się stosunkowo małą amplitudę – niskie lub prawidłowe ciśnienie tętnicze skurczowe ze wzrostem ciśnienia rozkurczowego, w badaniu EKG ujawnia się zwolniona czynność serca, z niskim napięciem załameków i często cechami niedokrwienia mięśnia sercowego.

W przypadkach niezaawansowanej choroby mogą wystąpić problemy w jej rozpoznaniu. Wtórna niedoczynność tarczycy powstaje w wyniku uszkodzenia (niedoczynności) przysadki mózgowej, co manifestuje się niedoborem TSH. W tabeli 1 zebrano najczęstsze przyczyny występowania tego schorzenia.

Objawy kliniczne występujące w przebiegu wtórnej niedoczynności tarczycy są podobne do obserwowanych w przypadku postaci pierwotnej. Zmienne jest ich nasilenie. Jeżeli wtórna niedoczynność tarczycy jest spowodowana guzem przysadki mózgowej, który uszkadza wydzielniczą czynność przysadki, współistniejąca nie-

domoga czynnościowa innych gruczołów obwodowych wydzielania dokrewnego, zmienia obraz kliniczny u chorych. Dość typowe jest w tej sytuacji „mieszanie” się objawów. Chorzy odczuwają zimno, ale skóra jest blada i delikatna. Włosy są suche, ale cienkie. Głos nie jest obniżony, a niekiedy wręcz wyższy (u mężczyzn), co ma związek ze współistniejącym deficytem wydzielania testosteronu (ucisk guza na przysadkę powoduje wzrost wydzielania prolaktyny, która z kolei ma działanie hamujące na wydzielanie gonadotropiny i testosteronu) [11]. Dosty często obserwowany jest spadek masy ciała, stężenie cholesterolu jest w normie, a sylwetka serca jest niepowiększona. Charakterystyczna może być również niedoczynność kory nadnerczy (związane jest z tym niskie ciśnienie krwi) oraz niedoczynność gonad (brak owłosienia pod pachami i na wżgórku łonowym oraz zanik miesiączki u kobiet i jąder u mężczyzn) [12]. W badaniach hormonalnych we wtórnej niedoczynności tarczycy stwierdza się niskie lub prawidłowe stężenie TSH oraz towarzyszące mu niskie stężenie fT4 i fT3 [11].

Manifestacje skórne w niedoczynności tarczycy

Występowanie chorób gruczołu tarczowego (zwłaszcza u kobiet) jest dość częste. W wielu sytuacjach wykrywane są przypadkowo, ponieważ towarzyszące chorobie objawy mogą występować również w przebiegu innych schorzeń (nie tylko dotyczących tarczycy).

Jednym z narządów, który najlepiej obrazuje szeroki zakres objawów klinicznych jest skóra. Najczęściej występujące manifestacje skórne zlokalizowane są w obrębie trzech podstawowych warstw (naskórek, skóra właściwa i tkanka podskórna) oraz przydatków skórnych, do których zalicza się włosy i paznokcie. O ile wczesne zmiany skórne rzadko bywają powiązane z patologicznymi zmianami w funkcjonowaniu gruczołu tarczowego, o tyle w okresie późniejszym, przy stosowaniu właściwej suplementacji hormonalnej, można łatwo zaobserwować ich wycofywanie. To właśnie dlatego skóra może stać się dobrym markerem prawidłowego leczenia niedoczynności tarczycy.

Analiza problemów skórnych

W przypadku niedoczynności tarczycy skóra jest zazwyczaj sucha, szorstka i chłodna w dotyku. Wynika to z bezpośredniego wpływu niedostatecznej ilości hormonów tarczycy na trofikę i przepływ krwi w skórze. Narzędziem stosowanym do oceny ilościowej tych podstawowych zaburzeń jest pomiar perfuzji skórnej, wykonywany przy użyciu lasera wraz z oprogramowaniem zawierającym tzw. matrycę Dopplerowską. U nieleczonych pacjentów obserwuje się obniżenie następujących param-

trów: średniej szybkości przepływu włosniczkowego, amplitudy fali tętna włosniczkowego oraz amplitudy zmian włosniczkowych [13]. Należy podkreślić, że błądność i suchość skóry są skutkiem odruchowego skurczu skórnych naczyń krwionośnych (mechanizm utrzymania właściwej temperatury), który wywołany jest występującą hipotermią.

Zmiany skórne w pierwszej kolejności występują zazwyczaj na powiekach, na grzbietach dłoni i podeszwach stóp. Skóra pacjentów jest ciastowata, obrzęknięta, sprawia wrażenie zgrubiałej, często bywa pokryta drobnymi łuskami. Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów jest występowanie obrzęku zlokalizowanego wokół oczodołów, na kończynach lub w postaci tzw. obrzęku uogólnionego (mucynozą) [14, 15, 16]. U pacjentów z uogólnionym obrzękiem śluzowatym po ucisku skóry palcem nie obserwuje się charakterystycznego dołka. Schorzenie jest wynikiem spowolnienia procesów metabolicznych ustroju oraz aktywacji fibroblastów do nadmiernej syntezy kompleksów mukopolisacharydowych (głównie kwasu hialuronowego i siarczanu chondriotyny), co skutkuje ich patologicznym nagromadzeniem w skórze właściwej [13]. Niestety, nie jest znane podłoże powstawania mechanizmu wywołującego wzmożoną czynność fibroblastów w stanie niedoboru tyroksyny. Do powstawania obrzęków przyczynia się również przezwłosniczkowa ucieczka albumin do tkanek skóry. Należy pamiętać, że u pacjentów, u których wystąpił obrzęk śluzowaty może dochodzić do spadku ilości włókien elastycznych w skórze.

U chorych występuje również hiperkeratoza, czyli nadmierne gromadzenie keratyny w warstwie rogowej skóry, co powoduje zażółcenie skóry dłoni i stóp. Nabyte formy keratodermii dłoniowo-podeszwowej, obserwowane u pacjentów z niedoczynnością gruczołu tarczowego, wykazują dużą podatność na leczenie [13]. Uważa się, że schorzenie to może być wywołane przedłużeniem czasu trwania podziałów mitotycznych oraz zmniejszeniem produkcji hormonów steroidowych przez skórę. Co więcej, u pacjentów tych dochodzi do wzrostu poziomu keratyny i spadku poziomu lipidów w przestrzeniach międzykomórkowych, co wspólnie przyczynia się do zmian w oddawaniu wody przez skórę. Jeśli keratoderma ulega uogólnieniu, dochodzi wtedy do kserodermii, określanej jako zespół rybiej łuski. Taka sytuacja występuje w przypadkach nieleczonej, zaawansowanej niedoczynności tarczycy [13]. Łagodną postać choroby obserwuje się często u ludzi młodych, zwykle na grzbiecie ramion i ud. U wielu pacjentów obserwuje się również rogowacenie mieszkowe, będące przejawem łagodnej postaci choroby rybiej łuski. Rogowacenie mieszków włosowych często przebiega z trwałym wyłysieniem.

Spowolnienie procesów metabolicznych ustroju powoduje również zaburzenia metabolizmu retinolu i lipidów, które manifestują się poprzez guzowate lub wysypkowe żółtaki [13, 17]. Niedobór retinolu jest skutkiem zmniejszonej jego syntezy (związek z upośledzeniem gospodarki witaminy A). Brak retinolu, będącego

czynnikiem warunkującym prawidłowe różnicowanie i wzrost nabłonków, powoduje nadmierne rogowacenie naskórka i zmiany troficzne w obrębie płytek paznokciowych. Paznokcie stają podłużnie pobruzdowane [17, 18]. Niedobór hormonów tarczycy zaburza gospodarkę lipidową wywołując hipercholesterolemię. Jest to wynikiem zahamowania przemian cholesterolu do kwasów żółciowych. Klinicznym objawem nadmiernego magazynowania lipidów w makrofagach jest tworzenie się kępek żółtych (żółtaki) [16]. Natomiast obniżenie zawartości cholesterolu, steroli i ich estrów w naskórku, powstające w skutek zaburzeń biosyntezy w obrębie keranocytów, powoduje nadmierne złuszczenie naskórka (tzw. rybia łuska). W przebiegu niedoczynności tarczycy obserwuje się także upośledzenie czynności gruczołów łojowych i potowych, co przyczynia się do ilościowych i jakościowych odchyłań w składzie płaszcza lipidowego [17, 18].

Skóra pacjentów z niedoczynnością tarczycy ma tendencję do opóźnienia w wytwarzaniu blizn i rozwoju zapaleń ropnych. Niektóre źródła podają występowanie uogólnionego świądu skóry [13, 17] jako objawu związanego z niedoczynnością gruczołu tarczowego. W pozostałych jest on postrzegany jedynie jako objaw towarzyszący.

Analizując manifestacje skórne pojawiające się na twarzy chorych na niedoczynność tarczycy, należy zwrócić szczególną uwagę na następujące fakty:

- blada, niekiedy żółtawa (koloru wosku) skóra, natomiast policzki mogą być żywoczerwone,
- żółtawo-brązowe przebarwienia,
- zatarte rysy twarzy (obrzęk),
- brak mimiki (twarz „bez wyrazu”),
- grube i obrzękłe powieki,
- zgrubiałe płatki uszu,
- pofałdowane czoło,
- gruby nos.

Niedoczynność tarczycy manifestuje się również poprzez zaburzenia dotyczące przydatków skórnych. Wzrost włosów i paznokci jest powolny. Włosy są suche, łamliwe, matowe z tendencją do wypadania i łysienia plackowatego. Zmatowienie włosów wynika ze zmniejszenia produkcji gruczołów łojowych, natomiast szybkość wzrostu, związana z łysieniem, bywa zmniejszona z powodu opóźnienia inicjacji fazy anagenowej. W niektórych przypadkach można zaobserwować charakterystyczne wypadanie brwi w jednej trzeciej zewnętrznej ich części.

W przypadkach ciężkiej wrodzonej niedoczynności gruczołu tarczowego obserwowano nadmierne owłosienie płodowe oraz wtórne pojawienie się meszku u niemowląt [13].

Drugim z przydatków istotnym w czasie diagnostyki niedoczynności są paznokcie. Rosną wolno, są cienkie i kruche. Można zaobserwować podłużne bruzd-

kowanie. Dodatkowo może dochodzić do uwypuklenia lub wklęśnięcia blaszki paznokciowej.

Skóra chorych na niedoczynność tarczycy cechuje się charakterystycznym obrazem histopatologicznym. W naskórku występuje hiperkeratoza; skóra właściwa jest obrzęknięta, włókna kolagenowe wykazują zasadochłonność. Barwienie błękitem toluidyny pozwala stwierdzić obecność złogów mucyny między włóknami kolagenu. Ściany naczyń są miejscami zgrubiałe i niedrożne. Wzdłuż naczyń włosowatych mogą występować nacieki zapalne z domieszką komórek tucznych. Zauważyć można również zanik mieszków włosowatych, gruczołów potowych i łojowych [17].

Podsumowując, najczęściej występującymi objawami niedoczynności tarczycy, które manifestują się poprzez zaburzenia skórne, są:

- obrzęk twarzy (95% chorych),
- boczne przerzedzenie brwi (84% chorych),
- suchość skóry (79% chorych),
- wypadanie włosów (41% chorych),
- kruchość paznokci (40% chorych),
- zmniejszenie potliwości (68% chorych) [17, 19].

Wpływ leczenia substytucyjnego na zmiany skórne w niedoczynności tarczycy

Zaobserwowanie kolejności występowania zmian skórnych w przypadku niezdiagnozowanej niedoczynności tarczycy jest zadaniem niezwykle trudnym. Początkowe objawy, tj. suchość czy chłód skóry, mogą mieć zupełnie inną etiologię. Dopiero postawienie diagnozy pozwala na retrospektywną analizę symptomów skórnych odzwierciedlających nieprawidłowości w funkcjonowaniu gruczołu tarczowego.

Wdrożenie właściwego leczenia substytucyjnego preparatami lewoskrętnej tyroksyny sprawia, że w większości przypadków objawy niedoczynności tarczycy ustępują. Tempo pojawiania się, a następnie cofania zmian skórnych, jest różne w zależności m.in. od stopnia niedoboru hormonów, przyczyny powodującej wystąpienie niedoczynności oraz – w wielu przypadkach – od subordynacji pacjenta w przyjmowaniu leków.

Należy również pamiętać, że priorytetowym zadaniem endokrynologa jest w pierwszej kolejności zapewnienie właściwego funkcjonowania życiowo istotnych układów. Z tego powodu wnikliwa analiza współistniejących dermopatii jest traktowana jako dodatkowa i często przesuwana na dalszy plan. Nie należy jednak traktować zaburzeń skórnych jako mniej istotnych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Okazuje się bowiem, że kolejność występowania/ustępowania oraz zaawansowanie zmian skórnych, często są makrowskażnikami prawidłowego dawkowania L-tyroksyny.

Patogeneza problemów skórnych w przypadku niedoczynności jest niejednorodna i nie zawsze do końca wyjaśniona. Należy również pamiętać, że każdy przypadek kliniczny jest inny, a wystąpienie objawów jest w dużej mierze cechą osobniczą. Wybrane jednostki chorobowe związane są pierwotną niedoczynnością tarczycy, zarówno bowiem w przypadku niedoczynności drugo- i trzeciorzędowej, manifestacje skórne nie są tak nasilone [20].

Wnioski

Niedoczynność tarczycy pozostaje nadal jedną z często występujących chorób. Jednakże w większości przypadków udaje się osiągać stan eutyreozy u pacjentów. Warunkiem powodzenia leczenia substytucyjnego w przypadku niedoczynności tarczycy pozostaje nadal samodyscyplina chorego. Brak współpracy pacjenta z lekarzem jest najczęstszą przyczyną komplikacji i niepowodzenia leczenia. Nie tylko brak konsekwentnego przyjmowania zalecanej dawki L-tyroksyny implikuje niewyrównanie stężenia hormonów tarczycowych. Trudności w uzyskaniu eutyreozy obserwuje się również u chorych, których złe nawyki żywieniowe prowadzą do niekontrolowanych przyrostów masy ciała, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na tyroksynę. Szczególną grupę stanowią także chorzy z zespołem złego wchłaniania, którzy bardzo często wymagają stosowania dawek znacznie większych niż standardowe. Również osoby w wieku podeszłym lub dotknięte chorobami serca mogą źle znosić leczenie. W tych przypadkach dawki tyroksyny muszą być ograniczone, co może powodować tylko częściową poprawę zdrowia, a zatem i częściowe ustępowanie zmian skórnych.

Objawy skórne są bardzo ściśle związane z zaawansowaniem choroby, stanem niedoboru hormonów czy wiekiem pacjenta. Znacznie większe ich nasilenie obserwuje się w przypadku niedoczynności pierwotnej niż w przypadku niedoczynności wtórnej czy trzeciorzędowej. Natomiast w przypadku różnych typów niedoczynności pierwotnej stwierdza się brak jednoznacznych różnic w występujących objawach skórnych. Zawsze istnieje zależność równoczesnego (liniowego) nasilania się niedoczynności i obserwowanych zmian skórnych.

Właściwa dawka L-tyroksyny w krótkim czasie prowadzi do ustąpienia objawów skórnych i jest dowodem skuteczności leczenia. W tym miejscu należy wspomnieć, że w przypadkach, gdy potrzebna jest „natychmiastowa ulga” (np. w razie śpiączki), zalecane jest podawanie preparatów trijodotyroniny. Są to leki o działaniu zbliżonym do preparatów tyroksyny, jednak ich działanie jest znacznie szybsze, ponieważ T3 trafia bezpośrednio do komórek, w których działa niemalże natychmiast. Oczekiwany efekt terapeutyczny pojawia się już bowiem w ciągu kilku godzin od momentu podania leku. Ponieważ jej stężenie zanika w organizmie w ciągu 24–48

godzin, nie jest zalecana do codziennego użytku. Każda niesubordynacja pacjenta miałaby wtedy poważniejsze konsekwencje niż w przypadku stosowania preparatów L-tyroksyny.

Bibliografia

1. Lewiński A., *Endokrynologia*, Medycyna Praktyczna 2001, 1, 77–78.
2. Łącka K., *Choroby tarczycy. Rozpoznanie i leczenie*, PZWL, Warszawa 2001.
3. Kędracki B., Barg E., *Schorzenia tarczycy u kobiet w czasie ciąży i ich wpływ na rozwój płodu i noworodka – wspólny problem dla położników i pediatrów*, Ginekologia Praktyczna 2004, 1.
4. Krupka K., *Niedoczynność tarczycy – problem niedoceniany*, www.sfd.pl.
5. Sylwanowicz W., Michalik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, PZWL, Warszawa 1980.
6. Romer T.E., *Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty i pediatry*, PWN, Warszawa 1998.
7. Dohan O., de la Vieia A., Paroder V. et al., *The Sodium/Iodide Symporter (NIS): Characterization, Regulation and Medical Significance*, Endocrine Reviews 2003, 24, 48–77.
8. Królicki L., *Medycyna nuklearna*, Fundacja im. Ludwika Rydygiera, Warszawa 1996.
9. Szczeklik A., *Choroby układu wewnątrzwydzielniczego*, Medycyna Praktyczna 2006, 4, 1063–1068.
10. Brzezińska-Wcisło L., *Łysienia związane z chorobami ustroju*, Przew Lek 2000, 5, 97–98.
11. Zgliczyński S., *Choroby tarczycy*, Urban & Partner; Wrocław 2001.
12. Niepomniszcze H., Amad R.H., *Choroby skórne związane z zaburzeniami czynności tarczycy i od tych zaburzeń zależne*, MERC Thyroid International Supplement 1, Buenos Aires 1998.
13. Boudghene-Stambouli O., Merad-Boudia A., Berber N., *Keratodermie palmoplataire et hypothyroidie*, Nouv. Dermatol 1992, 11, 548–549.
14. Korman E., *Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa 1999.
15. Pawlikowski A., *Zarys endokrynologii klinicznej*, PZWL, Warszawa 1992.
16. Orłowski W., *Choroby gruczołów wewnętrznego wydzielania*, PZWL, Warszawa 1988.
17. Pastinszky I., Racz I., *Zmiany skórne w chorobach wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1969.
18. Braveman I.M., *Skin signs of systemic disease*, New York 2008.

19. Hartwig W., *Endokrynologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 1989.
20. Kacalak-Rzepka A., Zalewska-Kubicka L., Kędzierska K., *Zespół Vilanova-Candell. Opis przypadku*, Przegląd Dermatologiczny 2001, 3, 88, 259–263.

Zbigniew Lew-Starowicz¹, Robert Kowalczyk², Krzysztof Krzemieniecki³,
Joanna Streb³, Ida Cedrych⁴, Anna Białek⁵, Wojciech Merk⁵,
Izabela Taborska⁶, Katarzyna Bolek⁶, Aleksandra Ostafin⁶

¹ Zakład Problemów Społecznych, Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Wychowania Fizycznego w Warszawie

² Zakład Seksuologii, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

³ Zakład Chemioterapii, Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

⁴ Klinika Nowotworów Układowych i Uogólnionych, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie

⁵ Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁶ Zakład Seksuologii, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Seksualność kobiet z rakiem piersi po radykalnym leczeniu chirurgicznym. Badanie ankietowe z Małopolski – doniesienie wstępne

Abstract: The authors present selected preliminary results of how factors like mastectomy, type of surgical treatment, socio-economic and psycho-behavioral components influence numerous aspects of women's sexuality. As shown by various studies, women after mastectomy experience a number problems in the sexual sphere, which significantly reduces the quality of their lives. The aim of the research is to describe the relationship between the disease (breast cancer), also the choice of treatment, and sexuality of Polish patients, and to compare the results with those obtained in similar studies in Europe. A survey conducted as part of the grant of the Ministry of Science and Higher Education (NN 404 165 640). The type of treatment has a major impact on patients' health, including sexual health. During chemotherapy, hormonal therapy, changes in mood and appearance of patients are present, which has an impact on both self-image of women after mastectomy, as well as the relationship with their partners. Mastectomy patients feel less attractive, less likely to engage in sexual activities. They have ambivalent feelings about their body image and sexual attractiveness.

Key words: ???

Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet [2]. Na chorobę tę zapada w Polsce 1 na 12 kobiet. Od wielu lat zachorowalność wzrasta, a w ostatnich latach ten przyrost zdecydowanie przybrał na sile. Częstość zachorowań najgwałtowniej rośnie po 35. roku życia, a bardzo wysokie współczynniki zachorowań

utrzymują się do późnego wieku. W liczbie ogólnych zachorowań na raka piersi prawie 30% dotyczy kobiet w wieku przedmenopauzalnym, natomiast pozostałe 70% kobiet w wieku pomenopauzalnym [28]. Według danych statystycznych pochodzących z 2010 r., w Polsce najczęściej rejestrowanym nowotworem wśród kobiet był nowotwór złośliwy piersi (22,4%), a zachorowalność wynosiła $49,6/10^5$. Podobnie w tym samym roku nowotwór złośliwy piersi był drugą co do częstości przyczyną zgonów nowotworowych kobiet w Polsce, a wśród młodych kobiet w wieku 20–44 lat najczęstszym nowotworem był nowotwór piersi (27% zachorowań, 21% zgonów) [31]. Poza wiekiem, do czynników zachorowalności należy także stan hormonalny oraz uwarunkowania genetyczne. Około 5–10% nowotworów jest dziedzicznych. Obecność mutacji genów supresorowych BRCA1 (17q21) i BRCA2 (13q14) powoduje 56–85% ryzyko zachorowania na raka piersi [27]. Otyłość również przyczynia się do zwiększenia tego ryzyka. Przebyty rak dotyczący jednej piersi, kilkukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia raka w drugim gruczole piersiowym. Sama diagnoza choroby nowotworowej powoduje pojawienie się zaburzeń depresyjnych, lękowych lub mieszanych u około 42% pacjentek [16].

Wciąż są obecne kontrowersje odnośnie do leczenia. Dotyczą one mastektomii radykalnej i leczenia oszczędzającego piersi. Leczenie oszczędzające (ang. *breast conserving therapy* – BCT) to alternatywa zabiegu mastektomii radykalnej. Jest ono stosowane we wczesnych postaciach raka sutka (I stopień zaawansowania klinicznego). Najczęściej jest to lumpektomia lub kwadrantektomia. Zabiegi polegają na usunięciu guza z marginesem zdrowej tkanki (najczęściej 1–2 cm) oraz opcjonalnie, w zależności od metody i zaawansowania procesu nowotworowego, węzłów pachowych. Z punktu widzenia onkologii jest postępowaniem pozwalającym w wybranych sytuacjach uzyskać całkowite wyleczenie choroby nowotworowej, zachowując jednocześnie piersi. Przeżycie pacjentek leczonych BCT oraz metodą radykalną jest podobne, warunkiem jest prawidłowa klasyfikacja do zabiegu. Badania wskazują, że odsetek BCT jest wciąż zbyt mały [9]. Niestety, u kobiet, u których nie można przeprowadzić leczenia oszczędzającego, wykonuje się radykalną mastektomię. Zabieg ten polega na usunięciu całego gruczołu piersiowego wraz z otaczającą go skórą, z brodawką i otoczką. Klasyczna radykalna mastektomia metodą Halsteada obejmuje usunięcie wraz z gruczołem piersiowym mięśnia piersiowego większego oraz pachowych węzłów chłonnych. Jest to operacja rozległa. W kilku przypadkach kobiety same skłaniają się ku operacji radykalnej, gdyż z jednej strony mają poczucie większego bezpieczeństwa, a z drugiej chcą uniknąć uzupełniającego napromieniania, które jest niezbędne w leczeniu oszczędzającym. Jednakże w odniesieniu do rodzaju zabiegu zauważono, że obraz ciała jest znacznie lepszy u kobiet, które przeszły zabiegi oszczędzające, w przeciwieństwie do mastektomii, ale jest to tylko jeden z czynników wpływających na ich seksualność [11]. Jednym z głównych wyznaczników zadowolenia z obrazu własnego ciała wydaje się powierzenie pacjentce aktyw-

nej roli w wyborze metody operacji, dla kobiet ważniejsze może być uwzględnienie jej preferencji dotyczących własnego ciała, niż sam wynik leczenia [11]. W Polsce ze względu na stan zaawansowania, w którym wykrywa się chorobę, ponad 50% kobiet z rakiem, leczona jest mastektomią radykalną. Wybór metody leczenia jest więc uzależniony nie tylko od względów medycznych, lecz szeroko rozumianego poczucia bezpieczeństwa pacjentki oraz doświadczenia chirurga. Z badań wynika, że odsetek BCT jest wyższy u młodszych pacjentek [28].

Nie ma, niestety, wątpliwości, że w najbliższym czasie choroby nowotworowe piersi nadal pozostaną ważnym i trudnym problemem zdrowotnym kobiet w Polsce. Dlatego zadaniem dla lekarzy i społeczeństwa jest czujność onkologiczna. Powinna się ona wyrażać znajomością podstawowych objawów choroby nowotworowej oraz natychmiastową reakcją w przypadku wystąpienia któregośkolwiek z nich. Należy bowiem podkreślać, że wczesna wykrywalność nowotworów ma kluczowe znaczenie dla rezultatu i skutku terapii. 5-letnie przeżycie w raku piersi w Polsce wynosi w I stopniu zaawansowania klinicznego 90%, w drugim – 60%, w III – 40%, a w IV stopniu – 10% [26]. Współczesne techniki diagnozowania, wsparte regularnie prowadzonym przez kobiety samobadaniem piersi, pozwalają na wczesne wykrycie choroby na etapie, kiedy można ją wyleczyć. Dotyczy to zarówno wczesnego etapu choroby, kiedy najważniejsza jest diagnoza i właściwe postępowanie terapeutyczne, jak i okresu późniejszego, kiedy istotne stają się zagadnienia rekonstrukcji piersi i stylu życia.

W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na fakt jakości życia seksualnego. Wynika to z holistycznej potrzeby oceny stanu zdrowia pacjentki. Życie seksualne oraz jego dysfunkcje występujące w populacji kobiet z rozpoznaniem raka piersi to złożony temat. Obserwowane zaburzenia seksualne związane są z działaniem niepożądanym chemioterapii, efektem leczenia chirurgicznego oraz ich wpływem na sferę fizyczną i emocjonalną. Problem nabiera szczególnie znaczenia w grupie 12% chorujących kobiet w okresie przedmenopauzalnym poniżej 44 roku życia [29]. W tej sytuacji może być bowiem powikłany dysfunkcją jajników oraz niepłodnością wywołaną przez leczenie chemiczne.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), „zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego” i polega m.in. na „satisfakcji seksualnej, wolności od chorób, niemocy seksualnej i przemocy”. U pacjentek po radykalnym leczeniu chirurgicznym (mastektomii) mogą występować różne dysfunkcje seksualne. Niektóre badania sugerują, że u prawie wszystkich kobiet występują problemy w życiu seksualnym po leczeniu z powodu raka piersi [11, 25], z większym odsetkiem dyspareunii oraz pochwicy w grupie pacjentek onkologicznych [3]. Oceniając funkcjonowanie seksualne przy pomocy FSFI (*Female Sexual Functioning Index*) zauważono, że obniżenie wyników punktacji w wymienionej skali dotyczyło kobiet w dwóch różnych punktach czasowych: w grupie kobiet we wczesnym okresie po postawieniu diagno-

zy nowotworu złośliwego piersi, oraz po podaniu pierwszego cyklu chemioterapii systemowej. Niektóre z pacjentek uczestniczących w przytaczanym badaniu zupełnie zaprzestało aktywności seksualnej [7]. Młode pacjentki, które nadal są w trakcie leczenia z powodu raka piersi, są mniej aktywne seksualnie, mają wyraźnie negatywne doświadczenia dotyczące seksualności. Natomiast kobiety, które zakończyły już proces leczenia miały podobną aktywność seksualną co ogół populacji, jednak nadal pozostawały duże różnice w ich odbiorze i doświadczeniu własnej seksualności. Szczególnie wyraźny okazał się związek pomiędzy dobrostanem seksualnym kobiet a ich satysfakcją ze związku uczuciowego oraz kompetencji w zakresie aktywności seksualnej [15].

W wielu przypadkach leczenie chirurgiczne wymaga leczenia skojarzonego, obejmującego radio- i chemioterapię. O zastosowaniu leczenia systemowego oraz rodzaju radioterapii decyduje ryzyko rozsiewu lub wznowy miejscowej, ocenianej na podstawie stopnia zaawansowania oraz radykalności zabiegu. Powikłaniami radioterapii mogą być miejscowe: złuszczenie naskórka, zaczerwienie, obrzęk miejsca napromieniowanego, oraz późne, takie jak ból, trudności w oddychaniu oraz ograniczenie ruchomości stawu barkowego, wpływające na jakość życia i samoocenę pacjentek. Aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na wiele wymiarów jakości życia w czasie radioterapii [22]. Kwalifikacją do podjęcia chemioterapii jest przede wszystkim dobry stan ogólny. W leczeniu chemicznym wykorzystuje się leki z grupy antybiotyków antracyklinowych (doksorubicyna i epirubicyna) [13], alkaloidy barwinka hamujące podziały komórkowe (winkrystyna, winorelbina) [24], antymetabolity (fluorouracyl), leki alkilujące – niszczące DNA (cyklofosamid), przeciwciała (trastuzumab – przeciwciało monoklonalne przeciwko kinazie tyrozynowej receptora typu 2 ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu HER2). W terapii guzów hormonozależnych stosuje się antyestrogeny oraz inhibitory receptorów estrogenowych. Leki wywołują szereg dokuczliwych działań niepożądanych, w tym zaburzenia miesiączkowania oraz związane z tym zaburzenia lubrykacji i odczuwanie bólu w czasie stosunku, zmniejszone zainteresowanie seksem, chwiejność nastroju. Badania wskazują na statystycznie znamienne częstsze występowanie depresji, niespełnionych potrzeb seksualnych, specyficznych problemów dotyczących raka piersi, obniżonego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego w grupie kobiet poddawanych chemioterapii. Negatywny wpływ chemioterapii najczęściej dotyczył 2 grupy kobiet: < 1 rok od zabiegu chirurgicznego oraz >3 lata od operacji [14]. Jednocześnie kobiety przyjmujące leki z grupy inhibitorów aromatazy częściej zgłaszały zaburzenia sfery seksualnej, a prawdopodobny mechanizm wynikał z działań niepożądanych leków pod postacią zaostrzania objawów menopauzalnych [25]. Wyniki wielośrodkowych badań świadczą, że sposoby radzenia sobie z objawami menopauzy są niewystarczające [21]. Związek pomiędzy rodzajem zabiegu, obrazem własnego ciała oraz funkcjonowaniem seksualnym jest złożony, a badania w tym zakresie

przedstawiają niespójne wyniki. Kompleksowość problemu może wynikać z przedstawianych różnych „koncepcji piersi”. Langellier i Sullivan wyróżniają cztery, blisko ze sobą powiązane „typy piersi”: „piers medyczna” traktowana jako chora część ciała, której usunięcie przynosi ulgę, „piers funkcjonalna” jako symbol pielęgnacji, szczególnie ważny dla kobiet w odniesieniu do dzieci, „piers płci” rozumiana jako symbol kobiecości, piękna i atrakcyjności seksualnej, zarówno w sferze osobistej, jak i społecznej, oraz „piers seksualna” odnoszona do doznań dotykowych i wizualnych [18]. Zrozumiałe zatem staje się dychotomiczny stosunek uczuciowy kobiet do piersi i ich zmian w czasie diagnozy i leczenia raka. W niektórych kulturach i grupach etnicznych poddawanie się mastektomii i utrata jednej piersi traktowana jest jako zastanie „połową kobiety” [20]. Utrata piersi związana z koniecznością radykalnego leczenia chirurgicznego znacznie obniża poczucie własnej wartości, atrakcyjności, seksualności [1]. Piersi są dla kobiet atrybutem kobiecości i macierzyństwa. Są nieodłącznym elementem samooceny własnego ciała [16, 23]. W jednym z badań przeprowadzonym wśród kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zidentyfikowano trzy główne typy podejść do tematu mastektomii. W jednym z nich pacjentki opisywały mastektomię jako „nic wielkiego”: utrata piersi nie wpłynęła na postrzeganie samych siebie jako kobiety, a temat rekonstrukcji piersi po zabiegu „nie był wart wzmianki”. W drugim kobiety opisywały mastektomię jako coś rozbijającego ich tożsamość – utrata piersi powodowała utratę poczucia siebie jako istoty seksualnej, jako kobiety, oraz jako osoby. Natomiast trzecie podejście było pewnego stopnia kompromisem: kobiecość pacjentek co prawda była zraniona, jednak nie do tego stopnia, aby czuły się stracone jako kobiety [10].

Konieczność podjęcia walki z nowotworem i wprowadzenie u niektórych pacjentek radykalnego leczenia powoduje, że posiadanie piersi i ich wpływ na jakość życia seksualnego pacjentek są jednak wciąż marginalizowane.

Konfrontacja z diagnozą choroby nowotworowej oraz konsekwencjami leczenia wywołuje u pacjentek szereg negatywnych odczuć. Złość, lęk, smutek, rozżalenie, pytania o sens walki i leczenia, próby odpowiedzi na pytania „dlaczego ja?” sprawiają, że około połowa pacjentek z diagnozą raka sutka rozwija zaburzenia depresyjne i/lub lękowe [4]. Największy poziom lęku związany jest z usunięciem piersi oraz podjęciem pierwszej sesji chemioterapii [19]. Objawy i zaburzenia depresyjno-lękowe są najczęściej reakcją adaptacyjną, najbardziej wyrazistą w okresie pierwszych sześciu miesięcy leczenia [8]. W farmakoterapii zaburzeń depresyjno-lękowych stosuje się najczęściej leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI). W przypadku kobiet z rozpoznaniem nowotworu sutka, często w trakcie lub po przebyciu wielu wielowymiarowo okaleczających procedur, dobór właściwej farmakoterapii należy rozważyć indywidualnie w kontekście dominujących objawów i problemów. Często w zaburzeniach depresyjnych współistnieją dysfunkcje seksualne. Dobierając leki przeciwdepresyjne należy pamiętać o ich potencjalnym

działaniu zmniejszającym libido. Jeśli więc mimo objawów depresyjnych czy lękowych sfera seksualności pozostaje nienaruszona i w dalszym ciągu stanowi istotny element funkcjonowania, z tym większą starannością należy zadbać o właściwą farmakoterapię. Wśród leków zwiększających satysfakcję seksualną (w tym wzmagających pożądanie, podniecenie oraz intensywność przeżywanego orgazmu), często stosowanych jako korektory w czasie leczenia SSRI, są leki z grupy wybiórczych inhibitorów wychwytu katecholamin dopaminy i noradrenaliny (bupropion) oraz innych leków przeciwdepresyjnych (mianseryna) [17].

W badaniach dotyczących łączenia leków najlepiej udokumentowane są interakcje między tamoksifenem a lekami przeciwdepresyjnymi z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny. W związku z hamującym wpływem na enzymy wątrobowe, mogą one powodować klinicznie widoczny spadek skuteczności tamoksifenu. W związku z tym, w przypadku takiej terapii zaleca się zastosowanie leków przeciwdepresyjnych o innym metabolizmie (wenlafaksyna, mirtazapina) [5].

W polskich publikacjach naukowych dane na temat życia seksualnego i seksualności kobiet po mastektomii są niewystarczające. Najwięcej z nich dotyczy poziomu ogólnej satysfakcji z życia seksualnego. W prezentowanym badaniu podjęto próbę określenia zależności pomiędzy nowotworem, wyborem metody leczenia a seksualnością pacjentek.

Metodologia badań

Docelowo planuje się włączenie do badania około 200 pacjentek (w chwili przygotowywania tekstu do druku analizie poddano 86 kobiet) z rozpoznanym nowotworem złośliwym piersi, w tym po radykalnym leczeniu chirurgicznym – mastektomii. W grupie badanej znajdują się pacjentki w przedziale wiekowym 18–65 rok życia oraz ich partnerzy. Badania przeprowadzane są w oparciu o standardowe kwestionariusze oceny seksualności, uzupełnione o pytania dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego (wykształcenie, aktywność zawodowa), choroby towarzyszące, używki oraz informacje odnośnie do długości i rodzaju leczenia. Kryteria włączenia pacjentek do badania to:

- pacjentki z rozpoznanym i histologicznie potwierdzonym nowotworem złośliwym piersi,
- wiek 18–65 lat,
- pacjentki po radykalnym leczeniu chirurgicznym: od 24 tygodni po wykonanym zabiegu w przypadku pacjentek niewymagających leczenia uzupełniającego, do 52 tygodni w przypadku pacjentek po uzupełniającej chemioterapii i/ lub radioterapii,
- zgoda na uczestnictwo w badaniu, wypełnienie kwestionariusza badawczego przez pacjentkę.

Kryteriami wyłączającymi pacjentkę z badania są:

- wiek poniżej 18 i powyżej 65 lat,
- brak zgody na uczestnictwo w badaniu,
- rak piersi uogólniony,
- rak piersi miejscowo zaawansowany niepoddający się leczeniu chirurgicznemu.

Kryteria włączenia dla partnerów/partnerek pacjentek po mastektomii: minimum 6 miesięcy w układzie partnerskim, określenie układu jako trwały związek uczuciowy.

Kryteria wyłączenia: mniej niż 6 miesięcy w układzie partnerskim, nieokreślenie układu jako trwały związek uczuciowy.

Badania przeprowadzane są w następujących miejscach:

- Oddział Kliniczny Kliniki Onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie,
- Centrum Onkologii w Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie,
- Oddział Onkologii Klinicznej w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie,
- Stowarzyszenie „Amazonki” – Kraków, Tarnów, Chrzanów,
- Centrum Psychoonkologii „Unicorn” w Krakowie.

W badaniach wykorzystano Skalę Lęku i Depresji (HADS). Składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera 7 stwierdzeń dotyczących aktualnego stanu badanego, które mogą być ocenione w zakresie od 0 do 3 punktów. Pacjentki proszone są również o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego relacji z partnerem (dla osób posiadających stałego partnera). Kwestionariusz bada, na ile satysfakcjonujący był kontakt fizyczny oraz emocjonalny z partnerem, oceniany jest również poziom satysfakcji seksualnej, wzajemność uczuciowa i częstotliwość współżycia. Kolejne narzędzia badawcze to: kwestionariusz dotyczący kwestii spostrzeganego wsparcia społecznego, który składa się z ośmiu pytań dotyczących opinii na temat związku z partnerem/partnerką oraz Kwestionariusz Jakości Życia w odniesieniu do Seksu (SQoL-F). Składa się z zestawu stwierdzeń, z których każde dotyczy myśli lub uczuć, jakie mogą towarzyszyć życiu seksualnemu, aspektów – zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Ocena następuje w skali od 1 do 6. Dodatkowo posługiwano się Kwestionariuszem dotyczącym zmian w Zachowaniach Seksualnych (CSFQ_F_C) w odniesieniu do aktywności seksualnej i zachowań seksualnych. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia Kobiet po Mastektomii (EORTC QLQ C30 i QLQ – BR23), składa się z bazowego kwestionariusza oceniającego ogólne objawy związane z chorobą nowotworową (np. zmęczenie, zaburzenia snu, łaknienia, pasażu jelitowego) oraz zmianę funkcjonowania (na poziomie poznawczym, emocjonalnym oraz społecznym) w wielu aspektach życia związaną z nowotworem. Zawiera pytania dotyczące radzenia sobie podczas wykonywania codziennych czynności i samopoczucia w ciągu ostatnich

dni. Druga część kwestionariusza dotyczy specyficznej podgrupy chorych z nowotworem sutka. Bada, w jakim stopniu u pacjentek występują pewne objawy lub problemy, które mogą pojawiać się po zabiegu. Pacjentki wskazują intensywność występowania objawów w ostatnim tygodniu oraz w ostatnich czterech tygodniach. Kwestionariusz do badania obrazu ciała u kobiet (KOC-BR) zawiera stwierdzenia mówiące o tym, jak kobiety mogą myśleć, czuć się lub zachowywać po zachorowaniu na raka piersi. Kwestionariusze zostały uzupełnione o pytania dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego i leczenia onkologicznego.

Procedura badania

Każdy z pacjentów został poinformowany o celu badań, możliwości wycofania uprzednio złożonej zgody na uczestnictwo bez podania przyczyny, jak również o pełnej anonimowości zbieranych danych i wykorzystaniu ich wyłącznie w celach naukowych. Badania zostały przeprowadzane indywidualnie.

Wnioski

Wnioski z badań zostały opracowane na podstawie analizy 86 kwestionariuszy wypełnionych przez pacjentki zamieszkujące obszar Małopolski. Na ich podstawie można stwierdzić, że u pacjentek po mastektomii występuje podwyższony poziom lęku i depresji, pacjentki czują się napięte, czasem spowolniałe, bywa, że martwią się swoim stanem zdrowia i przeżywają w związku z tym silne poczucie lęku.

Osoby badane nie tracą zainteresowania swoim wyglądem, nie przestają dbać o siebie, a wręcz przeciwnie: poświęcają więcej troski swojemu ciału. Kontakt fizyczny z partnerem określają jako dość przyjemny, kontakt emocjonalny opisują jako bardzo satysfakcjonujący. Wyrażają również wiarę w to, że będą zawsze razem ze swoim partnerem.

Wsparcie społeczne – pacjentki zdecydowanie potwierdzają silne poczucie bliskości z partnerem. Jednocześnie w obecności partnera czują się niezupełnie swobodnie, pomimo deklarowanego uczucia, że ich partner dba i troszczy się o nie. Osoby badane mają poczucie wiary partnerów w ich możliwości. Dają im oni często do zrozumienia, że uważają je za osoby wartościowe.

Analizując jakość życia w odniesieniu do seksu stwierdzono, że pacjentki uważają swoje życie seksualne za przyjemną część ich życia w wymiarze globalnym, czują się w niewielkim stopniu sfrustrowane myśląc o kontaktach intymnych. Jednocześnie czują się mniej wartościowe jako kobiety. Pacjentki raczej straciły pewność siebie w roli partnerki seksualnej. Odczuwają lekką złość oraz niepokój na myśl o swoim życiu intymnym, chociaż czują się blisko związane ze swoim partnerem.

Pacjentki po mastektomii w niewielkim stopniu martwią się o swoje życie seksualne w przyszłości. Dodatkowo są zdania, że choroba w niewielkim stopniu wpływa na przyjemność czerpaną z kontaktów intymnych, lecz mimo to w chwilach, kiedy myślą o nim, czują się raczej zawstydzone. W pełni zgadzają się z tym stwierdzeniem, że mogą zawsze porozmawiać ze swoim partnerem na temat seksu, kiedy odczuwają taką potrzebę. Towarzyszy im obawa, że ich partnerzy mogą poczuć się zranieni lub odrzuceni, stąd poczucie niezadowolenia z częstości podejmowania kontaktów seksualnych.

Myślenie i fantazjowanie o seksie sprawia im przyjemność. Po wstępnym podnieceniu rzadko tracą zainteresowanie aktywnością seksualną. Pacjentki często mają orgazm podczas aktywności seksualnej (dużo częściej niż w połowie przypadków), a także często są w stanie mieć orgazm, kiedy tego chcą. Przeżywanie orgazmu daje im dużą przyjemność, jednakże jest okresowo źródłem bólu. Zaznaczają jednocześnie, że częściej odczuwają potrzebę pocucia bliskości, np. przytulenia, aniżeli pełnego kontaktu intymnego.

Choroba oraz leczenie mają wpływ na samopoczucie oraz wygląd pacjentek. Trochę lub znacznie odczuwają suchość w ustach, zmienia się smak potraw i napojów. Pacjentkom wypadają włosy, często czują się słabe i chore. Miewają bóle głowy oraz uderzenia gorąca. Czują się znacznie mniej atrakcyjne oraz trochę mniej kobiece z powodu choroby. Pacjentki wyrażają również opinię, że znacznie trudniej jest im oglądać same siebie, co wpływa na wyższy poziom niezadowolenia ze swojego ciała.

W kontekście stanów somatycznych towarzyszących chorobie nowotworowej piersi oraz okresie leczenia wśród pacjentek obserwuje się mały odsetek odczuwania bólu w ramieniu, obrzęku ramienia lub ręki. Podnoszenie ramienia nie sprawiało im większych trudności. Nie miewały bólów w okolicy chorej piersi, jak również nie martwiły się stanem skóry w okolicy piersi. Rzadko odczuwają ból okolicy ramienia, również okresowe puchnięcie nie stanowi dla nich większego problemu.

Z wyników zebranych na podstawie kwestionariuszy rysuje się obraz kobiety, która nie próbuje ukryć swojego ciała, nie unika patrzenia na blizny pooperacyjne, jak również nie odczuwa większego lęku przed ich dotykiem. Jednocześnie pacjentki zaznaczają, że mają poczucie konieczności pozostania w ukryciu ich pewnej części, co zewnętrznie objawia się m.in. ukrywaniem swojego ciała podczas przebierania, poczuciem braku atrakcyjności w chwilach, gdy pozostają nagie. Z tego też powodu najchętniej zakrywałyby swoją klatkę piersiową w trakcie kontaktów intymnych i nie czułyby się swobodnie korzystając z publicznych przebieralni. Co ważne, pacjentki podają, że od chwili zachorowania na raka czują się mniej kobieco.

Pacjentki zgłaszają okresowe poczucie bycia obserwowanym przez inne osoby, w szczególności dotyczy to okolicy klatki piersiowej. Jednocześnie nie mają poczu-

cia, by innym ich piersi wydawały się nierówne czy w jakiś sposób nienormalne. Mimo to potrzebują uspokajających zapewnień na temat wyglądu swojego biustu.

Zgadzają się z poglądem, że ich ciało przeżyło inwazję. Odczuwają ambiwalentne uczucia złości i troski w stosunku do własnego ciała. Wyraża się to przez martwienie się najmniejszymi bólami i dolegliwościami. Trudno im walczyć z przekonaniem, że ich ciało powstrzymuje je przed zrobieniem zaplanowanych rzeczy. Podobnie, jak w kwestii wyglądu, potrzebują zapewnień na temat swojego zdrowia.

Pacjentki, mimo że często opisują swoje samopoczucie jako „normalne” i prawie zawsze mogą uczestniczyć w normalnych zajęciach, miewają chwile, w których czują się nadmiernie sennie, nie są zadowolone z poziomu swojej energii, mają problemy z koncentracją uwagi.

W wynikach przeprowadzonej analizy można z pewnym prawdopodobieństwem przyjąć hipotezę, że fakt choroby wpływa na samopoczucie pacjentek oraz ich życie seksualne. Podobnie rodzaj zastosowanego leczenia, niepozostającego bez wpływu na wygląd zewnętrzny pacjentek, w znacznym stopniu modyfikuje ich samoocenę. Chemioterapia będąca przyczyną wypadania włosów, czy mastektomia pozostawiająca blizny i uczucie „pustego miejsca” po piersi, w dużym stopniu oddziałują na poczucie atrakcyjności, w tym jako potencjalnej partnerki seksualnej.

Piersi jako symbol kobiecości są ważną częścią kobiecej tożsamości, obrazu siebie, kobiecego „ja”. Utrata tego atrybutu powoduje, że pacjentki czują się mniej atrakcyjne fizycznie w roli partnerki seksualnej, mniej pewne siebie, z tego powodu rzadziej podejmowały aktywność seksualną. Pojawiła się ogromna potrzeba wsparcia ze strony partnera, częstszych zapewnień o swojej atrakcyjności. Pacjentki pomimo głębokiej wiary w pozytywną przyszłość związku, wyrażały obawę o jakość relacji z partnerem. Martwiły się, czy obniżona chęć kontaktów intymnych nie spowoduje, że partner poczuje się odrzucony lub zaniedbany. Zarówno u pacjentek heteroseksualnych, jak i homoseksualnych pojawiały się obawy o odczucia partnera.

Akceptacja i zrozumienie ze strony partnera, silna więź emocjonalna oraz dobra komunikacja pomagają w procesie odbudowy intymności po przebytych leczeniu onkologicznym [12]. Młode kobiety oraz ich partnerzy wydają się wymagać większej uwagi ze strony opiekującego się nimi personelu medycznego, ponieważ młodzi mężczyźni nierzadko są mniej przygotowani do radzenia sobie z chorobą, ale także do opieki nad małymi dziećmi [6].

W trakcie badania pacjentki chętnie podejmowały rozmowę na temat życia intymnego w trakcie choroby. Były otwarte na dialog, zadawały pytania i oczekiwały odpowiedzi, same również chętnie dzieliły się swoimi przeżyciami i spostrzeżeniami. Wyraziły opinię, że potrzebują rozmowy z „kimś, kto je rozumie i nie uważa się nad nimi”. Taką potrzebę rozmowy potwierdzają również inne badania, w których 85% kobiet zgłaszała zmiany w zakresie dobrostanu seksualnego po raku piersi, z czego 68% chciała informacji na temat takich zmian, przede wszystkim w formie

pisemnej. Informacje dotyczące zmian fizycznych, reakcji seksualnych, problemów w relacjach partnerskich, konsekwencji psychologicznych oraz zmian postrzeganiu ciała czy tożsamości, zostały oceniane jako bardzo ważne przez znaczną część uczestniczek badania. Tylko 41% z nich otrzymywało taki informację. Co ciekawe, 65% wspominało o zmianach w życiu seksualnym swoim partnerom, lekarzom rodzinnym, przyjaciołom czy najbliższym, również onkologom czy pielęgniarcom onkologicznym. Najbardziej satysfakcjonujące dialogi pacjentki prowadziły z pielęgniarkami, a najmniej dotyczyły onkologów [30].

Należy jednocześnie zaznaczyć, że są to wyniki jedynie wstępnego badania, do którego planuje się włączenie większej liczby kobiet.

Bibliografia

1. Arroyo J.M.G., Domínguez López M.L.D., *Psychological Problems Derived from Mastectomy: A Qualitative Study*, Int J Surg Oncol 2011: 132461.
2. Bancroft J., *Seksualność człowieka*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
3. Bober S.L., Varela V.S., *Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention*, J Clin Oncol 2012, 30: 3712-9.
4. Bower J.E., *Behavioral Symptoms in Patients with Breast Cancer and Survivors*, J Clin Oncol 2008, 10, 26 (5): 768–777.
5. Breitbart W., *Do Antidepressants Reduce the Effectiveness of Tamoxifen?*, Psycho-Oncology 2011, 20, 1: 1–4.
6. Cardoso F., Loibl S., Pagani O. et al., *The European Society of Breast Cancer Specialists Recommendations for the Management of Young Women with Breast Cancer*, Eur J Cancer 2012, 48: 3355–3377.
7. Cavalheiro J.A., Bittelbrunn A., Menke C.H., Biazús J.V., Xavier N.L., Cericatto R., Schuh F., Pinheiro C.V., Passos E.P., *Sexual Function and Chemotherapy in Postmenopausal Women with Breast Cancer*, BMC Womens Health 2012, 11, 12: 28.
8. Dunn L., Cooper B., Neuhaus J., West C., Paul S., Aouizerat B., Abrams G., Edrington J., Hamolsky D., Miaskowski C., *Identification of Distinct Depressive Symptom Trajectories in Women Following Surgery for Breast Cancer*, Health Psychol 2011, 30 (6): 683–692.
9. Fajdic J., Djurovic D., Gotovac N., Hrgovic Z., *Criteria and Procedures for Breast Conserving Surgery*, Acta Inform Med 2013, 21 (1): 16–19.
10. Fallbjörk U., Salander P., Rasmussen B.H., *From “No Big Deal” To “Losing Oneself”: Different Meanings of Mastectomy*, Cancer Nurs 2012, 35 (5): E41-8.
11. Ganz P.A., *Sexual Functioning after Breast Cancer: A Conceptual Framework for Future Studies*, Ann Oncol 1997, 8: 105–107.
12. Gilbert E., Ussher J.M., Perz J., *Sexuality After Breast Cancer: A Review*, Maturitas 2010, 66: 397–407.
13. Głogowska I., Dubiański R., Skrzypczyk A., Pieńkowski T., *Rola antracyklin w leczeniu zaawansowanego raka piersi – miejsce niepegylowanej doksorubicyny lizosomalnej*, Onkologia w Praktyce Klinicznej 2010, supl A, A8–A17.

14. Hwang S.Y., Chang S.J., Park B.W., *Does Chemotherapy Really Affect The Quality of Life of Women With Breast Cancer?*, J Breast Cancer 2013, 16 (2), 229–235.
15. Kedde H., van de Wiel H.B., Weijmar Schultz W.C., Wijssen C., *Subjective Sexual Well-Being and Sexual Behavior in Young Women With Breast Cancer*, Support Care Cancer 2013, 21 (7): 1993–2005.
16. Koh K.B., *Psychiatric Care for Patients with Breast Cancer*, Yonsei Medical Journal 1999, 40 (5): 496–505.
17. Krychman M.L., Katz A., *Breast Cancer and Sexuality: Multi-Modal Treatment Options*, J Sex Med 2012, 9 (1), 5–13.
18. Langellier K.M., Sullivan C.F., *Breast Talk in Breast Cancer Narratives*, Qual Health Res 1998, 8: 76–94.
19. Lim C.C., Devi M.K., Ang E., *Anxiety in Women with Breast Cancer Undergoing Treatment: A Systematic Review*, Int J Evid Based Healthc 2011, 9 (3): 215–235.
20. Manderson L., Stirling L., *The Absent Breast: Speaking of the Mastectomised Body*, Feminism Psychol 2007, 17: 75–92.
21. Melisko M.E., Goldman M., Rugo H.S., *Amelioration of Sexual Adverse Effects in The Early Breast Cancer Patient*, J Cancer Surviv 2010, 4 (3), 247–255.
22. Milecki P., Hojan K., Ozga-Majchrzak O., Molińska-Glura M., *Exercise Tolerance in Breast Cancer Patients During Radiotherapy after Aerobic Training*, Contemp Oncol 2013, 17 (2): 205–209.
23. Mroczek B., Kurpas D., Grochans E., Kuszmar G., Rotter I., Źużtak-Bączkowska K., Karakiewicz B., *Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka*, Psychiatria Polska 2012, 1: 51–61.
24. Mutschler E., *Chemioterapia nowotworów złośliwych*, Cancer Treatment Rev 2009, 35: 967–969.
25. Panjari M., Bell R.J., Davis S.R., *Sexual Function after Breast Cancer*, J Sex Med 2011, 8 (1): 294–302.
26. Pieńkowski T., *Rak piersi*, [w:] *Onkologia kliniczna*, red. M. Krzakowski, Borgis, Warszawa 2001, 87–140.
27. Struwing J.P., Hartge P., Wacholder S. et al., *The Risk of Cancer Associated with Specific Mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews*, New England Journal of Medicine 1997, 336 (20): 1401–1408.
28. Szewczyk K., *Epidemiologia i profilaktyka raka piersi*, [w:] *Rak piersi*, red. J. Kornafel, Warszawa 2011, CMKP.
29. Turner N.H., Partridge A., Sanna G., Di Leo A., Biganzoli L., *Utility of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists for Fertility Preservation in Young Breast Cancer Patients: The Benefit Remains Uncertain*, Ann Oncol 2013, May 24.
30. Ussher J.M., Perz J., Gilbert E., *Information Needs Associated With Changes to Sexual Well-Being after Breast Cancer*, J Adv Nurs 2013, 69 (2): 327–337.
31. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*, Centrum Onkologii Instytut, Warszawa 2012.